WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, LUTY 1938 R. NUMER II

PRACE ORYGINALNE

WYWÓD CHOROBOWY GRUŹLICY [1])

Podał

PROF. DR MED. WITOLD ORŁOWSKI
(WARSZAWA).

Obecne poglądy na powstawanie i rozwój gruźlicy opierają się na klasycznym doświadczeniu, znanym jako „zjawisko Kocha", oraz na nowszych badaniach histologiczno - patologicznych (zwłaszcza Rankego), bakteriologicznych i klinicznych łącznie z rentgenowskimi.

Zjawisko Kocha. Pierwszy Koch zwrócił (w r. 1891) uwagę na dużą różnicę w oddziaływaniu na pierwsze i na następne zakażenia prątkami zwierząt wrażliwych na zakażenie gruźlicze. Mianowicie, jeżeli zdrowej śwince morskiej wetrzeć w nacięcie skóry zawiesinę prątków gruźlicy w dawce małej, nie wywołującej posocznicy, to ranka zasklepia się i goi, a po 10 — 14 dniach w jej miejscu wytwarza się twarda grudka. W następnych dniach grudka ulega zropieniu i wkrótce przechodzi w owrzodzenie, które nie ma skłonności do gojenia się i zawiera obficie żywe prątki gruźlicy. Okoliczne gruczoły chłonne obrzmiewają. Ciekawe jest, że taki sam przebieg ma u ludzi zmiana gruźlicza, rozwijająca się na tle zakażenia gruźliczego przy obrzezaniu. Odmienny obraz powstaje wówczas, jeżeli prątki gruźlicy zaszczepić śwince, która przebyła już poprzednio, zwłaszcza na 4 — 6 tygodni przedtem, zakażenie gruźlicze. W tym wypadku powstaje w miejscu szczepienia po 24 — 48 godzinach silny odczyn zapalny; miejsce to następnie twardnieje, ciemnieje i w najbliższych dniach ulega martwicy. Obumarła tkanka odpada razem z prątkami gruźlicy, a pozostające owrzodzenie szybko się goi, przy czym okoliczne gruczoły chłonne nie ulegają obrzmieniu.

Taki sam skutek wywołuje u doświadczalnego zwierzęcia pierwsze zakażenie bez względu na to, jaką drogą zakazimy je przy pierwszym i drugim zakażeniu.

Alergia. Zjawisko Kocha dowodzi, że przebyte lekkie zakażenie gruźlicą chroni zwierzę od nowego zakażenia. Pod wpływem tego przebytego lekkiego zakażenia powstają w ustroju, nieznane bliżej, swoiste zmiany biologiczne w tkankach. Cechują one zjawisko, nazwane przez Pirqueta alergią. Miano to oznacza inne, zmienione oddziaływanie ustroju na bodziec (od greckich słów: „allos" — inny i „ergon" — zdziałanie, praca dokonana). Zjawisko polega więc na tym, że w

---

[1]) Rozdział z dzieła autora p. t. Patologia i Terapia Chorób Wewnętrznych T. II. cz: II (Choroby opłucnej, gruźlica płuc i choroby śródpiersia).

następstwie jednokrotnego zadziałania pewnego bodźca, — w tym przypadku zarazka gruźlicy, — oddziaływanie ustroju tak ilościowe jak i jakościowe jest przy ponownym zadziałaniu tego samego bodźca odmienne, niż ustroju, przedtem nietkniętego. Mianowicie w razie ponownego zakażenia gruźliczego ustrój, dążąc do zlokalizowania zakażenia, zachowuje się tak, że odczyn w postaci ostrego zapalenia powstaje znacznie szybciej, jest żywszy i ogranicza się tylko do miejsca szczepienia b e z u d z i a ł u o k o l i c z n y c h g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h. U zwierząt z wrodzoną odpornością na zakażenie gruźlicze nawet duże dawki bardzo jadowitych prątków gruźlicy nie wywołują ani choroby, ani alergii. Komórki tkankowe tych zwierząt nie mają powinowactwa do jadu gruźliczego. Zwierzę takie jest zatem w stosunku do zarazka gruźliczego anergiczne.

Stan alergiczny uzyskuje się także wówczas, jeżeli zwierzęciu nieodpornemu na zakażenie gruźlicze, zamiast ponownego zakażenia prątkami, wstrzykniemy tuberkulinę. Pierwsze zatem zakażenie prątkami gruźlicy uczula ustrój, t. zn. wytwarza n a d w r a ż l i w o ś ć (supersensibilitas) na jad gruźliczy, wyzwalający się w ustroju przy niszczeniu prątków.

Do powstania alergii niezbędnym warunkiem jest obecność w ustroju żywych prątków gruźlicy oraz tkanki gruźliczej. Z chwilą zupełnego zniknięcia zmian, wywołanych przez zarazki gruźlicy, alergia, zdaniem większości, również znika, zdaniem innych (Ksawery Lewkowicz) wybitnie opada, prawdopodobnie jednak nie zanika nigdy bez śladu. Stan alergiczny można uzyskać także przez wprowadzenie do ustroju wielkiej dawki prątków zabitych, alergia w tym przypadku jednak jest bardzo mała i trwa krótko.

Alergia gruźlicza jest zjawiskiem swoistym. Wprawdzie odczyny tuberkulinowe będące jej wyrazem u osób, zakażonych gruźlicą, można wywołać także pewnymi ciałami nieswoistymi. Takie odczyny jednak wymagają zastosowania wielkich dawek tych ciał, są znacznie słabsze i znikają szybciej, niż odczyny, które powstają u zakażonych prątkami gruźlicy przy zadziałaniu tuberkuliną. Świadczą one o t. zw. alergii nieswoistej.

Istota zmian w ustroju, towarzyszących powstawaniu alergii, nie jest jeszcze wyjaśniona, pomimo licznych dociekań w tym kierunku. Prócz n a d w r a ż l i w o ś c i na działanie prątków gruźlicy pod wpływem przebytego zakażenia wytwarza się także o d p o r n o ś ć (immunitas) ustroju na te zarazki. W zjawisku Kocha jej wyrazem jest szybkie gojenie się zmiany miejscowej z równoczesnym wydaleniem prątków. Odporność tę zwiemy „odpornością nabytą", w przeciwstawieniu do odporności „wrodzonej" czyli „naturalnej", zależnej od konstytucji ustroju. Odporność naturalna nie jest jednakowa u różnych osób. Różny jej stopień jest między innymi przyczyną odmiennych losów zakażenia gruźliczego u rozmaitych osób.

Szkoła niemiecka utrzymuje, że nadwrażliwość i nabyta odporność u zwierząt i u ludzi powstają przy zadziałaniu pierwszego zakażenia prątkami gruźlicy równocześnie stwarzając stan alergiczny. Natomiast szkoła francuska odróżnia obydwa składniki zjawiska: odporność i nadwrażliwość. Jako jeden z dowodów słuszności tego zapatrywania przytacza się, że u tubylców południowej Afryki oraz obszarów Afryki wschodniej, należących do Portugalii, stwierdza się bardzo często wybitną nadwrażliwości na zakażenie gruźlicze w postaci silnego skórnego odczynu tuberkulinowego, a pomimo to ludność ta łatwo zapada na ciężką gruźlicę.

I tak, u tych spośród 93.000 murzynów, u których przy przyjęciu do kopalń w Johanisburgu odczyn tuberkulinowy śródskórny był bardzo silny, po kilku latach pracy stwierdzono gruźlicę u 154,7 na 10.000, u murzynów ze słabym odczynem — w 68,3 na 10.000, natomiast u tych, którzy mieli odczyn ujemny — zaledwie w 34,7 na 10.000.

Spostrzeżenia te dowodzą, że alergia może powstawać w pewnych okolicznościach bez równoczesnej odporności. Na odwrót pomimo bardzo wyraźnej odporności ustroju na gruźlicę odczyn skórny tuberkulinowy może być ujemny, a przy niezmienionej odporności — już to dodatni, już to ujemny. Taki brak równoległości między natężeniem odczynu tuberkulinowego, świadczącego o swoistej alergii ustroju, a stopniem odporności na zakażenie gruźlicze może zależeć od tego, że alergia gruźlicza skórna nie zawsze idzie w parze z taką samą alergią innych tkanek.

Alergia gruźlicza jest wielkością względną. Jeżeli pierwsze zakażenie prątkami

gruźlicy jest silne, to następne słabe zakażenie może w ogóle nie wywołać w ustroju żadnych widocznych zmian albo wywołuje nieznaczny odczyn. Natomiast zakażenie bardzo silne może przełamać odporność, wytworzoną przy pierwszym zakażeniu, a nawet spowodować odczyn bardzo burzliwy, który może się skończyć śmiercią zwierzęcia.

Znamienną cechą alergii jest jej zmienność. Jak o tym świadczą odczyny tuberkulinowe, które są wyrazem stanu alergicznego, wpływają na alergię liczne czynniki. Do nich należą przede wszystkim gruczoły dokrewne. I tak, tyroksyna wzmaga odczyny tuberkulinowe, adrenalina i pituitryna hamuje; alergia obniża się w pewnych okresach życia płciowego kobiet (okresy pokwitania, regularności, ciąży, przekwitania). Wpływają na nią także czynniki nerwowe i naczyniowe. I tak, wybitne wzmożenie odczynów tuberkulinowych spostrzegano w przypadkach porażenia połowiczego (hemiplegia), porażenia poprzecznego (paraplegia), zapalenia wielu nerwów (polyneuritis) i odwrotnie osłabienie, a nawet zniknięcie odczynów spostrzega się w miejscach niedokrwionych wskutek zarostowego zapalenia tętnic (endoarteriitis obliterans). Obniżenie alergii, a nawet stan anergii spostrzega się także w przebiegu wielu ostrych chorób zakaźnych (dur brzuszny, zapalenie płuc, płonica, grypa, krztusiec, ostry gościec stawowy, gościec wiewiórowy, kiła w okresie pierwszorzędnym i drugorzędnym, zwłaszcza zaś odra), a także wtedy, kiedy siły obronne chorego na gruźlicę wyczerpują się, jak to bywa często w daleko posuniętej gruźlicy rozpadowej oraz w ostrych postaciach gruźlicy. We wszystkich tych przypadkach alergia nieraz przechodzi w t. zw. anergię wtórną, czyli ujemną (anergia secundaria s. negativa). Nazwano ją wtórną dla odróżnienia od anergii pierwotnej, czyli dodatniej (anergia primitiva s. positiva), stwierdzanej u osób, które nie miały sposobności zetknięcia się z prątkami gruźlicy, a czasem także u chorych na gruźlicę w razie nabycia przez nich wybitnej odporności swoistej. We wszystkich tych przypadkach odczyny tuberkulinowe są ujemne.

Ogólne osłabienie ustroju wskutek niedożywienia, nadmiernej pracy, opilstwa, ciężkich chorób wyniszczających, zwłaszcza cukrzycy (diabetes mellitus), także promienie pozafiołkowe (naświetlanie lampą kwarcową) również znoszą nieraz alergię gruźliczą. Bardzo często (w 75%) stwierdza się ujemne odczyny tuberkulinowe u chorych na raka nawet w tym okresie, gdy wyniszczenia jeszcze nie ma. Czynniki atmosferyczne mogą także poprzez działanie na gruczoły dokrewne wpływać na stan alergii.

Dłuższy wypoczynek oraz higieniczny tryb życia mogą przeciwdziałać czynnikom niszczącym alergię. O zmienności alergii nie należy zapominać, gdy chodzi o ocenę odczynów tuberkulinowych.

Przy pierwszym zakażeniu gruźliczym alergia nie powstaje natychmiast. Z miejsca wtargnięcia do ustroju prątki już wcześnie dostają się do krwi wywołując t. zw. „bacteriaemia tuberculosa". Następstwa tego bywają różne. Wysiewy większe mogą spowodować — na szczęście bywa to rzadko — bardzo ostrą posocznicę (sepsis tuberculosa peracuta s. acutissima) z zejściem śmiertelnym w ciągu 3 — 4 tygodni jeszcze przed powstaniem alergii oraz zmiany gruźliczej pierwotnej, albo ostrą gruźlicę prosówkową (tuberculosis miliaris acuta). Jeżeli ustrój ma dość sił do przeciwstawienia się krążącym we krwi prątkom, to może powstać obraz choroby przypominający dur brzuszny (typhobacillosis Landouzy'ego). Najczęściej wysiewy do krwi przy pierwszym zakażeniu gruźliczym przebiegają bez objawów, tak iż sprawa ogranicza się do powstania t. zw. pierwotnej zmiany gruźliczej [w postaci pierwotnego ogniska (focus tuberculosus primitivus) lub pierwotnego zespołu (complexus tuberculosus primitivus)] w miejscu wtargnięcia do ustroju prątków, a więc u ludzi w przeważnej większości przypadków w płucach. Równocześnie z tym rozwija się alergia, nazwana pierwotną (allergia primitiva). Poprzedza ją okres przedalergiczny, który u ludzi trwa najczęściej od 10 dni do 3 mies. (L. Bernard), lecz może przeciągać się do 4 mies. i dłużej. O powstającej alergii gruźliczej świadczą dodatnie odczyny tuberkulinowe, którym mogą towarzyszyć inne objawy kliniczne (gorączka i inne), nieraz bardzo nikłe. Odczyny tuberkulinowe potęgują się stopniowo i są zwykle żywsze w tym okresie, w którym zmiany gruźlicze w gruczołach chłonnych pierwotnego zespołu gruźliczego są największe. Jak dowodzą badania, przeprowadzone w przypadkach rumienia guzowatego (erythema nodosum), który

zwykle jest jednym z pierwszych klinicznych objawów pierwszego zakażenia gruźliczego, alergia początkowa w przypadkach o przebiegu pomyślnym może być tak wielka, że śródskórny odczyn tuberkulinowy uzyskuje się nawet z rozcieńczeniem tuberkuliny 1 : 100.000.000, a swoiste uodpornienie może być tak wysokie, że prątki w ognisku gruźliczym zostają doszczętnie zniszczone (Ksawery Lewkowicz). Tak wybitna alergia jest przyczyną tego, że zapalenie wysiękowe, wywołane prątkami w miejscu ich wtargnięcia do ustroju przy pierwszym jego zakażeniu, ma wielką skłonność do zejścia w zmianę wytwórczą. Stąd pochodzi nadana alergii pierwotnej przez Rankego nazwa „alergii stwardniającej" (alergia sclerotisans).

Alergia pierwotna jest znamienną cechą biologiczną ustroju, dotkniętego pierwszym zakażeniem gruźliczym, wywołującym gruźlicę pierwszorzędną (tuberculosis primitiva), wedle terminologii Rankego.

Pierwotna zmiana, cechująca gruźlicę pierwszorzędną ze stanowiska anatomiczno - patologicznego, może mieć różne zejścia — od zejścia w ostrą gruźlicę do zupełnego wygojenia. Najczęściej stopniowo przechodzi w stan utajony. W tych przypadkach alergia pierwotna obniża się. nieraz już w krótkim czasie, tak iż dodatni odczyn śródskórny tuberkulinowy uzyskuje się dopiero od rozcieńczenia 1 : 10.000 i mniej. Stopień uodpornienia także się obniża, lecz powolniej. Jeżeli pierwotna zmiana gruźlicza wygaśnie zupełnie, to z czasem może zniknąć także i nabyta alergia, co jest świadectwem wyleczenia nie tylko anatomicznego i klinicznego, ale i biologicznego. W takich przypadkach ponowne zakażenie gruźlicze (reinfectio tuberculosa) wywoła taki sam skutek jak pierwsze: wytworzy się nowe ognisko pierwotne, w ogromnej większości przypadków z udziałem okolicznych gruczołów chłonnych (nowy „zespół pierwotny") oraz ponownie zacznie wytwarzać się pierwotna alergia swoista.

Wskutek wysokiego uodpornienia, cechującego alergię pierwotną, pierwotna zmiana gruźlicza, powstała przy pierwszym zakażeniu gruźliczym, ulega przeważnie szybko zwłóknieniu, otorbieniu i zwapnieniu i przechodzi w stan nieczynny, a wtedy może, zwłaszcza w gruczołowym członie zespołu pierwotnego, przez długi czas, nawet aż do końca życia, zawierać żywe, zjadliwe prątki. Jest to zjawisko ,które nazywamy „microbismus quiescens". Sprawa uległa wyleczeniu, ale tylko anatomicznemu i klinicznemu, nie zaś biologicznemu.

Takie zejście ma wielkie znaczenie, ponieważ p i e r w o t n a z m i a n a g r u ź l i c z a, z n a j d u j ą c a s i ę w s t a n i e u t a j e n i a j e s t p o d s t a w ą w s z y s t k i c h p ó ź n i e j s z y c h p o s t a c i g r u ź l i c y p ł u c u d z i e c i i u d o r o s ł y c h. Rzecz w tym, że torebka włóknista otaczająca takie ognisko gruźlicze nie stanowi (Hübschman) szczelnej błony odgraniczającej je od zdrowej tkanki. Zwłaszcza dotyczy to gruczołowego członu zespołu pierwotnego. Toteż, w razie załamania się sił odpornościowych ustroju, prątki mogą dostawać się z tego członu gruczołowego (o wiele rzadziej z ogniska pierwotnego w miąższu płucnym) do ustroju i wywoływać nowe ogniska gruźlicze nawet po szeregu lat. Gruźlica pierwszorzędna Rankego (tuberculosis primitiva) przechodzi teraz w gruźlicę drugorzędną (tuberculosis secundaria). W jednych przypadkach przejście następuje stosunkowo wcześnie po pierwszym zakażeniu gruźliczym, tak iż objawy pierwszego i drugiego okresu kojarzą się z sobą, w innych okres drugorzędny następuje po upływie dłuższego czasu — 5 — 9 lat, a nawet wtedy, gdy odnosi się już wrażenie, że pierwotna zmiana gruźlicza wygasła. W pierwszym przypadku mamy wczesny okres drugorzędny (stadium secundarium praecox s. primo - secundarium), w drugim — późny (stadium secundarium tardum). To są przypadki skrajne, pomiędzy którymi mieszczą się wszystkie inne.

Dużo pracy włożono celem rozstrzygnięcia zagadnienia, w jaki sposób u osób, które przebyły zakażenie gruźlicze, następuje ponowne zakażenie prątkami. Według jednych zachodzą tutaj „dodatkowe zakażenia" z zewnątrz ustroju (heteroinfectio s. superinfectio). Tym zakażeniom nadaje się jeszcze miano „reinfectio exogenes aêrogenes", chociaż miano „reinfectio" jest właściwe tylko dla tych przypadków, w których nowe zakażenie następuje już po doszczętnym wygojeniu wszelkich ognisk gruźliczych w ustroju. Inni utrzymują, że czynniki osłabiające ustrój mogą rozbudzać powstały w wieku dziecięcym zespół pierwotny, pozostający w stanie utajenia, zwłaszcza gruczołowy jej człon, a wtenczas prątki mogą dostawać się z niego do naczyń chłonnych i poprzez przewód piersiowy i

żyłę główną do krwi. W ten sposób powstaje „bacteriaemia tuberculosa", która wiedzie do powstawania nowych ognisk. Nowe zakażenie jest zatem „zakażeniem przerzutowym" (infectio tuberculosa metastatica), „samozakażeniem gruźliczym" (autoinfectio tuberculosa), „wewnętrznym ponownym zakażeniem gruźliczym drogą krwi" (reinfectio tuberculosa endogenes haematogenes). W ostatnich czasach wyłonił się pogląd, łączący oba zapatrywania na sposób powstawania nowego zakażenia prątkami. Mianowicie ponowne zakażenie może być „dodatkowe". Prątki, dostające się przez to zakażenie dodatkowe do płuc u osoby już przedtem zakażonej, rozpadają się. Wyzwalające się jady gruźlicze podniecają w pewnych warunkach istniejące już ognisko gruźlicze, które było w spoczynku, wywołują w nim stan zapalny i uruchomiają znajdujące się w nim prątki gruźlicy, działając tak, jak duża dawka tuberkuliny. Zatem według tego poglądu nowe ogniska gruźlicze powstają wskutek „reinfectio endogenes", podnieconej przez zakażenie dodatkowe (superinfectio). Przyjmując ten pogląd, łatwo zrozumieć działanie w gruźlicy płuc także bodźców nieswoistych. Wiadomo, że miejscowy odczyn zapalny w gruźlicy płuc może wywołać nie tylko tuberkulina, ale także białko, wprowadzone pozajelitowo, oraz takie bodźce jak czynniki klimatyczne, naświetlanie słońcem wysokogórskim, kąpiele, zmęczenie, choroby zakaźne, nawet wpływy psychiczne, regularność u kobiet, ciąża i t. d. Najprawdopodobniej czynniki te podniecają istniejące już ogniska gruźlicze i wyzwalają w ten sposób zakażenie wewnętrzne (reinfectio endogenes).

Z nowym wtargnięciem prątków gruźlicy (o charakterze zakażenia przerzutowego lub dodatkowego) w tym czasie, gdy odporność cechująca alergię pierwotną znacznie się obniżyła, rozpoczyna się okres drugi gruźlicy, nazwany przez Rankego „gruźlicą drugorzędną" (tuberculosis secundaria). Ustrój, który już walczył z prątkami przy pierwszym zakażeniu, zachowuje się wobec nowego zakażenia inaczej niż poprzednio. Wskutek nabytej alergii chory jest teraz nadmiernie wrażliwy na prątki gruźlicy i ich jady i oddziaływa rozleglejszym oraz żywszym odczynem zapalno - wysiękowym, niż w gruźlicy pierwszorzędnej. Powstające zapalenie okołoogniskowe (inflammatio perifocalis), zwane także obocznym (inflammatio collateralis), ma dużą skłonność do serowacenia i rozmiękania, może wszakże wskutek szybko wzrastającego uodpornienia cofać się i wsysając się nie pozostawić żadnych śladów albo też zwłóknieć i stwardnieć, pozostawiając t. zw. w rentgenologii pole stwardnienia Redekera. W razie serowacenia ognisko może stawać się zródłem dalszego szerzenia się sprawy drogą przerzutów. Odczyny tuberkulinowe skórne oraz ogniskowe są w tym okresie żywe, a ogólne — słabe.

Prócz wybitnych odczynów zapalno - wysiękowych, zależnych od nadwrażliwości ustroju, cechującej alergię tego okresu, zw. alergią drugorzędną, są dla gruźlicy drugorzędnej znamienne ze stanowiska klinicznego przerzuty drogą krwi (infectio tuberculosa metastatica haemogenes) bądź to w całym ustroju, bądź też tylko w płucach, albo w jakimkolwiek innym narządzie lub tkance. W ten sposób w razie bardzo obfitych wysiewów i niedostatecznej odporności ustroju dochodzi do zatrzymania krążących we krwi prątków w licznych narządach. Powstaje wówczas ostra gruźlica prosówkowa uogólniona (tuberculosis miliaris acuta), albo tylko w płucach i opłucnej (gruźlica prosówkowa płuc, tuberculosis miliaris pulmonum). Usadowienie się prątków w kościach i stawach może wywołać gruźlicę kostno - stawową. W ten sam sposób może powstać gruźlica narządu wzroku, krtani, jelit, nerek, gruźlicze zapalenie opon mózgowych (meningitis tuberculosa), błon surowiczych (polyserositis tuberculosa), zołzy (scrofulosis) w postaci obrzmienia gruczołów szyjnych, pachowych, pachwinowych i in., gruźlicze zmiany w skórze, różne postaci gruźlicy krwiopochodnej płuc i t. d. Jest to zatem okres uogólnienia gruźlicy (stadium generalisationis tuberculosae). Sprawa w tym okresie toczy się przeważnie poza obrębem płuc, płuca bowiem w przeciwieństwie do reszty ustroju zachowują jeszcze dostateczną odporność, nabytą dzięki wysiewom, które w okresie pierwszym dotyczą przede wszystkim płuc. Przerzuty czasami bywają tak drobne, że przebiegają zupełnie niepostrzeżenie. Zwłaszcza dotyczy to małego krążenia. Zdaniem Redekera prawie każdy dorosły ma w płucach drobniutkie blizenki po wygojonym wysiewie krwiopochodnym, bardzo często

niedostrzegalne gołym okiem. Najczęściej są one usadowione w górnych częściach płuc. Tu prawdopodobnie należy zaliczyć t. zw. ogniska gruźlicze Simona, usadowione wysoko w szczytach płuc. Zbliża je do zmiany płucnej pierwotnej wielka skłonność do otorbiania się i wapnienia, odróżnia natomiast inna siedziba oraz brak zajęcia okolicznych gruczołów chłonnych.

Gruźlica drugorzędna dotyczy najczęściej wieku dziecięcego i szkolnego. Cechująca ją alergia drugorzędna, zw. także „wysiękową" (alergia exsudativa), ulega u tej samej osoby często wahaniom. Od nich właśnie zależą częste zaostrzenia i przycichania choroby w tym okresie. Pomimo gwałtownych odczynów odznacza się gruźlica drugorzędna, jak i pierwszorzędna, wielką skłonnością do gojenia się zmian gruźliczych. W sprzyjających jednak warunkach, najczęściej w okresie dojrzewania płciowego oraz u dorosłych, może przechodzić w trzeci okres rozwojowy gruźlicy, nazwany przez Rankego „gruźlicą trzeciorzędną" (tuberculosis tertiaria). Może to nastąpić pod wpływem nowego zakażenia przez drogi oddechowe (zakażenie dodatkowe, superinfectio), albo drogą krwi z istniejącego w ustroju ogniska pierwotnego lub ogniska drugiego okresu gruźlicy (autoinfectio haematogenes), rozbudzonego przez zakażenie dodatkowe lub przez zewnętrzne bodźce nieswoiste, jako to: przeziębienie, zmęczenie, niedożywianie, urazy psychiczne, różne choroby, regularność u kobiet i inne czynniki osłabiające odporność ustroju.

Okres trzeci gruźlicy może powstać także bezpośrednio z okresu pierwszego, jakby omijając okres drugi. Bywa to wówczas, gdy gruźlica drugorzędna przebiega zupełnie niepostrzeżenie, oraz wtedy, gdy w okresie pierwotnego zespołu wytworzy się w ustroju tak silna odporność, że przy ponownym zakażeniu uogólnienie się sprawy nie nastąpi, natomiast gruźlica będzie zlokalizowana w jednym narządzie, najczęściej w płucu.

Gruźlica trzeciorzędna stoi w związku ze zmianą alergii drugorzędnej na trzeciorzędną, zw. jeszcze alergią poronną (alergia tertiaria s. abortiva). Nadwrażliwość ustroju cechująca alergię drugorzędną teraz wybitnie słabnie, wskutek czego oddziaływanie chorego na zakażenie gruźlicze staje się mniej żywe, natomiast ogólna odporność tkankowa na zarazek gruźlicy wybitnie się zwiększa. Wzrost jej jest przeszkodą w powstawaniu nowych ognisk przerzutowych za pośrednictwem krwi i naczyń limfatycznych i w uogólnianiu się zakażenia, co cechuje gruźlicę drugorzędną, pomimo że i w trzecim okresie prątki od czasu do czasu dostają się do krwi. Nie ma więc w gruźlicy trzeciorzędnej prawie nigdy o g n i s k p r z e r z u t o w y c h k r w i o p o c h o d n y c h w wielu narządach dużego krążenia ani czynnych spraw gruźliczych w okolicznych gruczołach. Nie ma także dużych nacieków dookoła świeżych ognisk gruźliczych. Natomiast zmiany gruźlicze toczą się w tym okresie przeważnie w jednym tylko z narządów. Jest to zatem późna „odosobniona gruźlica narządowa" (tuberculosis isolata). Najczęstszą jej siedzibą są płuca, których odporność miejscowa, w przeciwieństwie do ogólnej, przedtem znaczna, wygasa. Toteż trzeciorzędna gruźlica przeważnie jest gruźlicą odosobnioną płuc (tuberculosis pulmonum isolata).

Charakterystyczną jej cechą jest skłonność zmian gruźliczych do serowacenia, rozmiękania i powstawania jam, a także szerzenia się w płucu przez ciągłość (per continuitatem) i przerzutowo na drodze o s k r z e l o w e j.

Przebieg odosobnionej gruźlicy płuc może być ostry, podostry, lub, co bywa najczęściej, przewlekły, a wtenczas jednak nie powolny, ani stopniowy, lecz cechujący się przeważnie okresami mniej lub więcej nagłego zaostrzenia na przemian z przycichaniem, z przewagą zmian już to włóknistych, już to wysiękowych i serowaciejących. Stąd chorobie nadano także miano „postępująca gruźlica płuc". Ze względu na wyniszczenie ustroju, do którego choroba wiedzie, nazwano ją jeszcze „właściwymi suchotami płuc" (phthisis pulmonum) i „pospolitymi suchotami płuc" (phthisis pulmonum communis). Jak z tego widać, początkowy okres właściwych suchot płuc dorosłych nie jest początkiem gruźlicy płuc, jak utrzymywano dawniej i jak dziś jeszcze sądzą niektórzy, jest natomiast chorobą, której początek tkwi bardzo często w dzieciństwie. Jak słusznie tedy twierdził Behring, gruźlica płuc dorosłych „jest dalszym ciągiem piosenki, nuconej u kołyski dziecka".

Dalsze zdobycze, dotyczące wywodu chorobowego gruźlicy trzeciorzędnej, omówię w rozdziale o właściwych suchotach płuc.

Tak się przedstawia w nowoczesnym ujęciu wywód chorobowy gruźlicy. Niestety, nie jedno zjawisko, spostrzegane w przebiegu gruźlicy, pozostaje nadal niewyjaśnione. Zwłaszcza należy tu wspomnieć, że zmiany w tym samym płucu często bywają równocześnie wysiękowe i wytwórcze, a więc właściwe różnym alergiom. Nasunęło to na myśl nawet pogląd, według którego różne narządy, a nawet części tego samego narządu u tego samego chorego mogą mieć różną alergię. Hübschmann utrzymuje, że ustrój oddziaływa na prątki gruźlicy i ich jady we wszystkich okresach gruźlicy zrazu zawsze odczynem wysiękowym. Jeżeli jest on nieznaczny, wówczas przechodzi w odczyn wytwórczy, który jest wyrazem małej wrażliwości tkanek, i na odwrót tkanki nadmiernie wrażliwe odpowiadają na wtargnięcie zarazka gruźlicy i jego jady gwałtownym odczynem wysiękowym, który może doprowadzić do zserowacenia tkanek i do rozsiania prątków. W ten sposób 3 rodzaje alergii Rankego sprowadza Hübschmann do 2, mianowicie do alergii odpornościowej, wywołującej odczyny słabe, i alergii nadwrażliwościowej, której wyrazem są odczyny burzliwsze. Wielu patologów i klinicystów, uznając wielkie zasługi Rankego, wysuwa jednak zastrzeżenia co do jego podziału gruźlicy płuc na trzy okresy i słusznie podkreśla, że przebieg gruźlicy zarówno kliniczny jak i w obrazach anatomicznych, jest bardzo zmienny, często nie odpowiadający zbyt sztywnemu podziałowi Rankego.

Zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. konto czek. P.K.O. nr. 15.922
Składajcie ofiary na budowę schroniska dla wdów i sierot po lekarzach
konto czekowe P.K.O. nr. 18.235

ZNIEKSZTAŁCENIA TWARZY A NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY.

Podał

DR ST. MICHAŁEK - GRODZKI.

Zewnętrzny wygląd człowieka a szczególnie estetyka wyrazu twarzy zawsze odgrywały doniosłą rolę w życiu ludzkim. Bezsprzecznie przyczyniło się to do powstania i ogromnego rozwoju chirurgii plastycznej, zwłaszcza w ostatnich czasach, tak obfitujących w nieszczęśliwe wypadki różnego rodzaju, spowodowane rozwojem techniki i nowoczesnymi maszynami, które narówni z wojną światową pociągnęły i pociągają za sobą olbrzymie wprost ilości okaleczeń i zniekształceń.

Wraz z chirurgią plastyczną, zmierzającą do usunięcia różnorakich wad i zniekształceń twarzy i ciała ludzkiego, powstały nowe zagadnienia, wchodzące w zakres prawa, sądownictwa i ustawodawstwa, chociażby z tego powodu ,że częstokroć ustawy przewidują za uszkodzenie ciała odszkodowanie w postaci rent lub pensyj, wypłacanych poszkodowanym.









Ryc. 1 — 4.
Typy 10% zniekształceń.

Chirurgia plastyczna a prawo.

Lekarz paryski, Dr André Dentrelle, w artykule „Médecine légale et chirurgie plastique" oświetla wielostronnie te zagadnie-

nia. Nie ukrywa on, że chirurgia plastyczna miała od początku „złą i nieprzychylną prasę". We Francji przed laty podano nawet w wątpliwość legalne uprawianie tej gałęzi chirurgii. Operacje plastyczne określono jako „zbędne interwencje chirurgiczne" i napiętnowano je w pewnym wyroku sądowym jako „przestępstwo dobrowolnych obrażeń cielesnych".

Poglądy te zostały wnet zreformowane i dzisiaj nie ma chyba nikogo, ktoby odmawiał komuś dobrowolnego poddania się jakiemukolwiek zabiegowi chirurgicznemu, a więc i operacji plastycznej, celem usunięcia lub naprawienia swego zniekształcenia. W konsekwencji chirurg również nie może być pociągnięty do odpowiedzialności prawnej za czyn, który, jako taki, nie jest zabroniony.

Lekarzowi nie wolno tylko w trzech wypadkach wykonać operacji, mianowicie: 1) dla umożliwienia pacjentowi uchylenia się od służby wojskowej, 2) dla ukrycia się przed wymiarem sprawiedliwości za popełniony czyn przestępczy, 3) dla usunięcia płodu z łona matki bez poważnej przyczyny.

Definicja zniekształcenia.

W przedwojennym ustawodawstwie zniekształcenia nie są w ogóle wymienione. Dopiero wojna światowa i mnożące się — wraz z rozwojem techniki — nieszczęśliwe wypadki, które powodują nie tylko okaleczenia, lecz zazwyczaj także, bardzo znaczne zniekształcenia, zwróciły uwagę na to zagadnienie.

Dawniej wypłacano odszkodowania za pewne uszkodzenia ciała, które spowodowały całkowitą lub częściową niezdolność do pracy przez zaburzenie normalnych funkcyj organizmu. Nigdy jednak nie zajmowano się niezdolnością do pracy, spowodowaną zniekształceniem jako takim. Ani zbiór Dalloza, ani ustawa z 1898 r. nie zajmują się utratą zdolności zarobkowych, spowodowaną przez nieestetyczny lub odrażający wykląd twarzy lub ciała, powstały na tle nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli zaś rzeczoznawcy musieli brać pod uwagę oszpecenia, co zresztą bardzo rzadko się zdarzało, to opierali swoje obliczenia na zupełnie dowolnych przesłankach i sądzili te przypadki na chybił trafił, nie mogąc opierać się na żadnej poważnej podstawie.

Odszkodowanie po nieszczęśliwych wypadkach przy pracy.

W tabeli M a y e t a zniekształcenie spowodowane utratą jednego ucha obliczono na 3 — 5%, utratę małżowin uszu na 10 — 15%. Tak wielkie zniekształcenie, jakim jest utrata nosa, nie zostało nawet wcale wymienione. A jednak wydaje się wątpliwym, — jeżeli defekt ten przeniesiemy na teren zawodowy, — aby lokaj wzgl. pokojówka, sprzedawaczka lub manekin po utracie nosa zdolni byli nadal do pracy i nie utracili nic ze swoich zdolności zarobkowych.

Utratę jednego oka obliczono o 5% wyżej jeśli połączone było z niemożnością noszenia protezy, t. zn. jeśli zachodziło poza utratą oka dodatkowe zniekształcenie.

Okaleczenia wojenne.

Dopiero ilość okaleczeń, wywołanych działaniami wojennymi, powołały do życia tabelę zniekształceń z obliczeniem stopy procentowej niezdolności do pracy.

Francuski dekret z dnia 29. maja 1925 r. usankcjonował absolutnie słuszność rewindykacyj, zgłoszonych przez inwalidów wojennych, oszpeconych na twarzy. Stopnie niezdolności do pracy zostały ustalone do wysokości 60%, zależnie od zniekształcenia. Dekret z dnia 19 maja 1925 ściśle oznaczył, że zniekształcenie twarzy musi być wzięte pod uwagę osobno, gdyż przedstawia poważny pierwiastek, który nie powinien w żadnym wypadku być oceniony niżej niż 10%.

Zniekształcenie określono temi słowami:

„Jest to zmiana twarzy, która odbiera obliczu kształt normalny. Jest ono nietylko naruszeniem estetyki, lecz również zaburzeniem morfologicznym, i pod tym podwójnym kątem widzenia pozbawia jednostkę części jej środków działania. Doprowadza ono więc do pewnej niezdolności do pracy, wchodzącej w ramy uszkodzeń funkcjonalnych, którym ustawa z dnia 31.II.1919 r. zamierza dać pełne odszkodowanie".

Główne zaś wytyczne instrukcji z dnia 29. maja 1925 r. opiewają: Aby kierować rzeczoznawcami tak, by równym zniekształceniom odpowiadały równe stopnie niezdolności do pracy, minister nakazał dołączyć do instrukcji z dnia 29. maja 1925 r. pewną ilość fotografii, przedsta-

wiających odmienne typy zniekształceń. Każda fotografia jest objaśniona wskazówkami do oceny niezdolności do pracy, która jest czynnością mniej lub więcej poważnego znaczenia. Stopnie niezdolności, nadane tym różnym rodzajom okaleczeń, znajdują się w granicach 10 — 60%.

Rzeczoznawcy powinni działać na podstawie porównywania. Winni oni przyrównać stan okaleczonego, poddanego bada-

Ocenia ona zniekształcenie, spowodowane przez zupełne zniszczenie grzbietu nosa, na 60%. Zniekształcenie skrzydełka nosa na 10%, przegrody nosowej — 10%, czubka nosa — 10%. Zniszczenie nasady nosa wraz z powłokami skórnymi, z czym połączona jest trudność operacji plastycznej na 30%. Ten sam przypadek, jednakże z utrzymaną skórą i możliwością operacji plastycznej na 15 — 20%.









Ryc. 5 — 8.
Typy 20% zniekształceń.

niom, do jednego z okaleczeń, przedstawionych na fotografiach, jakie dołączono do instrukcji ministerialnej.

Procent niezdolności do pracy zostaje tą drogą ustalony na podstawie porównania z przypadkami typowymi. Tabela załączona wskazuje, że zniekształcenia grzbietu nosa stanowią jeden z najcięższych czynników oszpecających i najtrudniejszych do naprawienia.

Aby umożliwić urzędom ocenę dobrze uzasadnionych obliczeń rzeczoznawców, wszelkie akta oszpeconych na twarzy powinny obowiązkowo zawierać trzy fotografie twarzy, jedną z przodu i dwie z profilów. W swojem orzeczeniu lekarze powinni wziąść pod uwagę dwa kalectwa odrębne. Winni najpierw opisać okaleczenie twarzy, ocenić jej zaburzenia funkcjonalne i ustalić odpowiednią stopę procen-

tową niezdolności. Potem rzeczoznawcy przedstawiają charakter drugiego kalectwa, tj. zniekształcenie.

Powinni oni pozatem starać się o rozwinięcie cech i znamion oszpecenia, które nie uwydatniają się jasno na fotografii. Tak więc powinni ściśle oznaczyć, czy okaleczenie jest powierzchowne, czy głębokie, i powinni wykonać drobiazgowy opis sta-

Przypadek 2. Okaleczenie twarzy z zaburzeniami czynnościowymi powinno być oszacowane dwojako.

Rzeczoznawcy ustalają zatem kolejno:

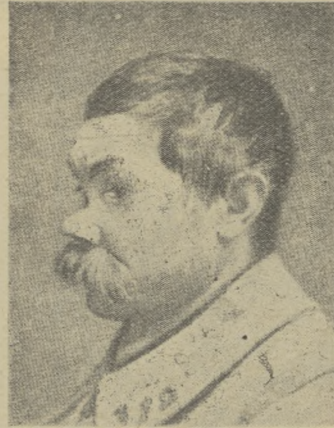
a) stopę procentową niezdolności do pracy, wynikającą z zaburzeń funkcjonalnych,

b) stopę procentową niezdolności do pracy wynikającą ze zniekształcenia.









Ryc. 9 — 12.
Typy 30% zniekształceń.

nu powłok skórnych, ich zabarwienia, żywotności tkanek, przerostu blizn itd.

Wreszcie mając ustalić globalną stopę procentową niezdolności do pracy, rzeczoznawcy powinni stosować następujące przepisy.

Przypadek 1. Okaleczenie pociąga za sobą niezdolność do pracy tylko poniżej 10%. W tym wypadku oszpecenie lub okaleczenie wchodzi samo w rachubę i powinno być odszkodowane na podstawie porównania z fotografiami, załączonymi do instrukcji z dnia 29. maja 1925 r.

Globalną stopę procentową niezdolności do pracy (zaburzenia funkcjonalne + zniekształcenie), która posłuży za podstawę do obliczenia renty, oblicza się według prawideł, ustalonych dla kalkulacji kalectw wielorakich, tzn. według stanu zdrowia nienaruszonego, a nie przez zliczenie dwuch odrębnych stóp procentowych niezdolności.

Poza tym należy wziąść pod uwagę, że — mimo, iż stopnie niezdolności ustalone są od 5 — 50% — stopnie zniekształceń obliczane są od 10 — 60%. Pod tym wzglę-

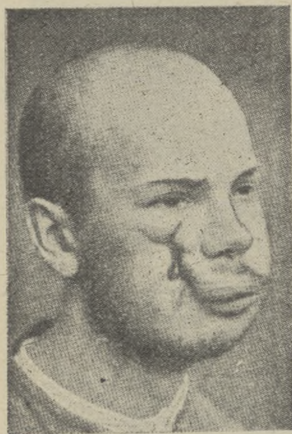
dem istnieje zatem tylko 6 stopni, podlegających odszkodowaniu: 10, 20, 30, 40, 50 i 60%.

Umiejscowienie zniekształceń.

Twarz ludzka powiada, niektóre okolice, w których zniekształcenia szczególnie silnie się uwydatniają. Są to partie środkowe, obejmujące środkową część twarzy: czoło, nos, usta, brodę oraz przylegające partie policzków. Uszkodzenia znajdujące się w przyśrodkowej części powinne być oszacowane o 5% wyżej, a zniekształcenia umiejscowione w środkowej części o 10% wyżej.









Ryc. 13 — 16.
Typy 40% zniekształceń.

Czynniki inne wymagające uwzględnienia.

Są nimi w pierwszym rzędzie płeć i wiek oszpeconego. Jest rzeczą pewną, że kobiety, zwłaszcza młode, dotknięte są w większej mierze zniekształceniami, niż kobiety starsze i mężczyźni. Dlatego oszpecenia, odniesione przez osobników młodych, zwłaszcza płci żeńskiej, będą musiały być wyżej ocenione od uszkodzeń, którymi dotknięte są osoby starsze i mężczyźni.

Donioślejsze jeszcze znaczenie ma *zawód zniekształconego*. Nie jest obojętne, czy oszpeconą jest osoba, mająca stały kontakt z publicznością — czy też ktoś, kto żyje i pracuje w odosobieniu. Modele malarzy i rzeźbiarzy, artyści teatrów i kin, dyrektorzy banków, duchowni, nauczyciele i pracownicy sklepowi itd., należą do kategorii zawodów, wymagających nienagannego wyglądu. Każde zniekształcenie twarzy, równa się obniżeniu lub utracie możności zarobkowania. Odwrotnie zaś zawody inne, jak rzemieślnicy, tragarze, mechanicy i robotnicy, będą zaliczane do niż-

szej kategorii odszkodowań. W oftalmologii już te zróżniczkowania stosuje się pod nazwą „zawodów o wyższej i niższej bystrości wzroku", co w tej dziedzinie równałoby się „zawodom o wyglądzie dobrym i obojętnym".

Również wymagają uwzględnienia kwe-

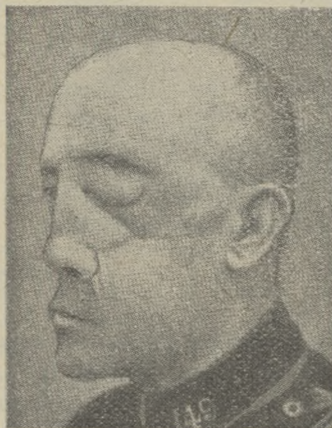
chicznie niezrównoważonych. Odzwier dla to długa skala, prowadząca od de sji i rozpaczy do obłędu, manii pr dowczej i samobójstwa oszpeconych.

Od wrażliwości i odporności zniel conego zależy reakcja jego na defel każdy osobnik, skarżący się żywo na









Ryc. 17 — 20.
Typy 50% zniekształceń.

stje *ostatecznego wyglądu* po zniekształceniu, mianowicie dokładne ustalenie, czy wygląd oszpeconego z czasem poprawi się — co w wielu wypadkach zachodzi — oraz czy możliwe są operacje plastyczne, które mogą wygląd oszpeconego poprawić pod względem estetycznym.

Wreszcie wymienić należy ważne komplikacje, jakimi są *zaburzenia w stanie psychicznym zniekształconych*. Największa część oszpeconych należy do osób psy-

sunkowo nieznaczne zniekształcenie, musi być symulantem lub oszustem, pragnącym wyciągnąć jaknajwiększe korzyści materialne ze swej wady ciała.

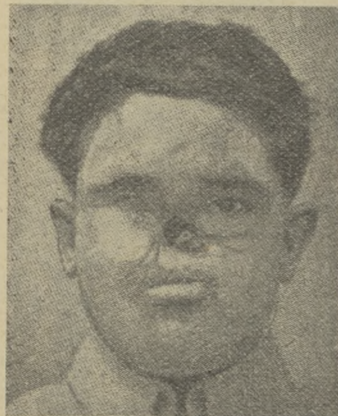
Z *komplikacji natury społecznej* wymienić jeszcze trzeba, że wyższy poziom kulturalny oszpeconego powiększa, niższy natomiast zmniejsza wady, wyrządzone przez zniekształcenia. W końcu nie należy zapominać również o utrudnieniu,

...i nie wręcz uniemożliwieniu zawarcia ...ązku małżeńskiego z powodu oszpeceń. ...wawa słusznej oceny szkód, wyrządzo... przez zniekształcenie, jest trudna i wymaga żmudnych rozważań oraz obliczeń wszystkich czynników, mogących powiększyć lub zmniejszyć słuszne roszczenia poszkodowanych do odszkodowań. Tak jak sądy przyznaczają poszkodowanemu „pretium doloris", tak powinni *rzeczoznawcy uznać też zmniejszoną zdolność oszpeconych do zarobkowania, spowodowaną nietylko przez zaburzenia w czynnościach organizmu lecz również przez obniżenie estetyki wyglądu.*









Ryc. 21 — 24.
Typy 60% zniekształceń.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Leczenie niedokrwistości choliną. (Traitement des anemies par la choline.) D. D a n i e l o p o l u.

La Presse Méd. Nr. 86, 1937.

Doniesienie dotyczy wyników osiągniętych przy zastosowaniu nowego leczenia przeciwanemicznego.

Założeniem, które wprowadziło autora na myśl wypróbowania nowej metody było znane już poprzednio przypuszczenie, że niektóre objawy zatrucia przy niewydolności wątroby np. zwolnienie tętna, spotykane przy żółtaczce, zależy od złego magazynowania choliny przez wątrobę i nadmiernej ilości tego składnika we krwi krążącej. Powstało przypuszczenie, czy ta sama cholina jest czynnikiem działającym przy leczeniu niedokrwistości wątrobą.

Badania rozpoczęto doświadczeniami na psach, które polegały na stosowaniu acecoliny u psów skrwawionych poprzednio i doprowadzonych do dużej niedokrwistości. Rezultat doświadczeń był doskonały i zachęcił do badań klinicznych. Znaczny i szybki przyrost krwinek czerwonych (3 — 4 miliony w ciągu 1 — 2 tygodni) świadczył o wybitnym działaniu przeciwanemicznym acecoliny.

Następnym etapem badań były próby stosowania choliny u ludzi. Materiał obejmował chorych z ciężką niedokrwistością wtórną oraz kilka przypadków choroby Biermera.

Acecolinę podawano podskórnie w dawce początkowo 0.01 a następnie 0.05 g codziennie.

Po kilkutygodniowym leczeniu poprawa zaznaczała się wyraźnie. Liczba krwinek czerwonych wzrastała równolegle z zawartością hemoglobiny, stan ogólny poprawiał się: chorzy tyli, odzyskiwali łaknienie.

Mechanizm działania acecoliny w tych przypadkach polega prawdopodobnie na bodźcowym wpływie acecoliny wobec narządu krwiotwórczego.

Podane wyniki zachęcają do dalszych prób leczenia ze względu na brak jakiegokolwiek niebezpieczeństwa przy wprowadzaniu małej dawki acecoliny, jaką w tych przypadkach się stosuje przy możliwości dużych wyników leczniczych.

Przemiana aminowa we wrzodach żołądka i dwunastnicy. (Le métabolisme des acides aminés dans les ulcéres gastroduodenaux). K. H e r f o r t.

La Presse Méd. Nr 82, 1937.

Doświadczenia A r r o n a i W e i s s a wykonane w r. 1933 zwróciły uwagę na role aminokwasów w powstawaniu owrzodzeń błony śluzowej jelita.

Białka pokarmowe podane doustnie ulegają w warunkach prawidłowych rozszczepieniu w jelitach na aminokwasy i tu też zostaje wytworzona histydyna, aminokwas o wybitnie alkalicznym charakterze ze względu na obecność grup NH i NH_2.

Poza działaniem miejscowym wydaje się, że w grę wchodzi również wpływ histydyny, krążącej we krwi na gospodarkę kwaso-zasadową ustroju.

Skuteczność leczenia histydynowego we wrzodach żołądka a przede wszystkim dwunastnicy potwierdzona przez autora w 100 przypadkach mimowoli każe przypuszczać, że w chorobie wrzodowej mamy do czynienia z odchyleniami zawartości histydyny we krwi.

Autor badał poziom aminokwasów we krwi żylnej u zdrowych i chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy. Używał do badania metody Folin-Wu — w modyfikacji Horejskiego-Mecla. Na podstawie dość dużego materiału stwierdził, że poziom kwasów aminowych we krwi nie ulega przy wrzodach zmianie w odniesieniu do zdrowych i wynosi 5 — 13 mg/%. Również doświadczenia dalsze w których określano poziom aminokwasów po obarczeniu glikogenu nie wykazały u chorych tych odchyleń od wartości spotykanych u zdrowych.

Badanie tych samych chorych w okresach pogorszenia i poprawy nie dało również wykazać żadnych zmian.

Wyniki te wskazują, że leczenie wrzodów histydyną nie polega na działaniu ogólnym, doprowadzającym do normy gospodarkę aminową ustroju, gdyż przedstawia się ona prawidłowo, lecz aminokwas ten wpływa prawdopodobnie miejscowo, zmniejszając czynność wydzielniczą błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Leczenie złotem gruźlicy płuc. (Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.) P. C o u r m o n t, H. G a r e d r e, P. R i v o l l i e r.

Journ. de Méd. de Lyon Nr. 427, 1937.

Leczenie gruźlicy płuc solami złota jest metodą młodą, wprowadzoną do lecznictwa w r. 1924 przez M o l l g a a r d a. Zapatrywania na ten sposób leczenia są bardzo różne, zależnie od dużej rozbieżności jaka istnieje w stosowanej technice i ustalaniu wskazań.

Na podstawie 106 spostrzeganych przez siebie przypadków autorzy opisują wyniki osiągnięte przy pomocy leczenia złotem, podając szczegółowe dane dotyczące wskazań techniki i przebiegu leczenia.

Technika. U wszystkich chorych podawano dożylnie chrysalbinę w dawce 0.05 raz na tydzień, ściśle kontrolując mocz. Dawkę całkowitą (3 — 4 g) chorzy otrzymywali w ciągu 3 — 4 miesięcy. Do złotolecznictwa kwalifikują się przypadki gruźlicy płuc o przebiegu niezbyt ostrym i niewielkiej rozległości zmian. Stan ogólny chorych nie może przedstawiać daleko posuniętego wyniszczenia. Przed zastosowaniem złota autorzy radzą wypróbować wszystkie inne sposoby leczenia, a dopiero wobec całkowitej ich bezskuteczności uciec się do auroterapii. Leczenie musi być przeprowadzane bardzo ostrożnie i przerwane natychmiast w razie wystąpienia jakichkolwiek powikłań, świadczących o nieznoszeniu złota

przez organizm. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do złotolecznictwa jest obecność zmian zwyrodnieniowych w nerkach, wątrobie lub mięśniu sercowym.

Sprawdzianem skuteczności leczenia jest badanie kliniczne, bakteriologiczne i radiologiczne.

Przytoczone wyniki są niezwykle zachęcające Smutny jest tylko duży odsetek przypadków, w których leczenie trzeba było przerwać na skutek nie znoszenia złota.

W przypadkach odpowiednio wybranych poprawa zaznaczała się wyraźnie. Stan ogólny szybko się poprawiał, o czym świadczy przybytek wagi i spadek ciepłoty ciała. Ilość dobowa odpluwanej plwociny stopniowo się zmniejszała. Prątki Kocha znikły zupełnie z plwociny w wielu przypadkach.

Warunkiem pomyślnego leczenia jest wielka ostrożność w jego stosowaniu. Przy jakimkolwiek objawie niepomyślnym, występującym w czasie leczenia musi być ono natychmiast przerwane i ponawiać go więcej u tego chorego nie należy.

Do objawów złego znoszenia złota przez ustrój zaliczyć należy: białkomocz, wykwity skórne, wymioty nieraz krwawe, biegunki, znaczne chudnięcie.

Wspomnieć należy, że złe znoszenie złota świadczy o znacznym posunięciu zmian gruźliczych i jest bardzo złym momentem rokowniczym.

O nakłuciu osierdzia. (A propos de la paracentèse du péricarde). A. M a r f a n.

Arch. des Mal. du Coeur et des Vaisseaux. Nr. 9, 1937.

Rozpatrując z punktu widzenia praktycznego różne rodzaje punkcyj osierdzia autor omawia dokładniej nową metodę, opracowaną przez C o n s t a n t i n e s c o.

Sposób powyższy polega na nakłuciu worka osierdziowego w pobliżu koniuszka serca. Technika tej metody jest następująca: chorego układa się na lewym boku, po wyznaczeniu granic opukowych stłumienia sercowego wykonywa się próbne nakłucie bardzo cienką igłą w punkcie przecięcia się linii, będących przedłużeniem granic górnej i sercowo-żołądkowej. Skoro uzyska się pewność, że jest się w jamie osierdzia, ponawia się nakłucie w tym samym miejscu lecz tym razem igłą grubą dla wydobycia zawartości.

Zalety tej metody polegają na tym, że w wielu przypadkach, gdzie wszelkie inne metody zawodzą, ta pozwala na wydobycie płynu. Obawa uszkodzenia mięśnia sercowego jest przy tym sposobie znacznie mniejsza, z powodu dużej wrażliwości włókien mięśniowych w pobliżu koniuszka serca. W razie zaś uszkodzenia mięśnia sercowego nie jest tu ono tak groźne, gdy się weźmie pod uwagę grubość ściany lewej komory oraz mniejszą ilość komórek układu bodźcoprzewodzącego w porównaniu z zawartością ich u podstawy serca.

Mimo tych zalet ten rodzaj nakłucia niezawsze daje się zastosować z pozytywnym wynikiem. Najczęściej przyczyną niepowodzenia jest gromadzenie się płynu za tylną ścianą serca lub otorbienie płynu.

Wielu autorów podkreśla łatwość pomyłki przy zastosowaniu tej metody popełnianej przez dostanie się do jamy opłucnej zamiast osierdzia.

C o n s t a n t i n e s c o zaznacza, że o ile zabieg robi się ściśle według podanego przepisu, błąd ten z łatwością daje się ominąć.

Drugą metodę szerzej omówioną stanowi nakłuwanie osierdzia w nadbrzuszu w okolicy wyrostka mieczykowatego. Zalety tej metody stanowią: łatwość techniki i częstość gromadzenia się wysięku w tej okolicy. Sposobu tego nie można zastosować w przypadkach dużego wzdęcia brzucha.

Artykuł uzupełniony jest opisem kilku przypadków, z którego wywnioskować można, że wybór metody zależy od okoliczności nakłucia w poszczególnych przypadkach.

Po należycie dokładnym rozpatrzeniu warunków i wskazań, można prawie zawsze wybrać taką metodę nakłucia, która doprowadzi do wydobycia zawartego w worku osierdziowym płynu.

Odwrócony przebieg tętnicy głównej. (L'inversion de l'aorte). C. L i a n, M. M a r c h a l.

Arch. des Mal. du Coeur et des Vaisseaux Nr. 9, 1397.

Odwrócenie aorty uważane było przez długi czas za wadę wrodzoną rzadko spotykaną. Nieliczne spory notowane w piśmiennictwie świadczyły o niepewności tego poglądu.

W ostatnich czasach, dzięki znacznemu postępowi radioskopii, przekonano się, że mniemanie to jest błędne, a na dowód tego pojawiło się znacznie więcej opisów tej wady, niż w ciągu poprzednich dziesięcioleci.

Ostatnio zebrany materiał okazał się wystarczającym do tego, by autorzy angielscy B e d f o r d i P a r k i n s o n przedstawili swą klasyfikację tego schorzenia.

L i a n i M a r c h a l spostrzegali 8 przypadków odwróconego przebiegu tętnicy głównej i opisali je, zastosowując podany przez autorów angielskich podział. Według klasyfikacji tej pierwszy typ nieprawidłowości stanowi rozwój łuku tętnicy głównej z prawego łuku oskrzelowego zarodkowego (a nie lewego jak to jest normalnie). Drugi typ nieprawidłowości rozwojowej zachodzi wtedy, jeżeli z obu łuków rozwijają się początkowo dwie tętnice główne a następnie lewa zanika a pozostaje prawa z zachowaniem uchyłku w stronę lewą.

Trzeci typ zaburzeń stanowi rozwój podwójnego łuku aortalnego. Z ośmiu opisanych przez autorów przypadków 5 zaliczono do typu I, 2 przedstawiało drugi rodzaj, 1 trzeci rodzaj nieprawidłowości.

7 przypadków przedstawia obraz złożonej wady serca skomplikowanej nieprawidłową budową kośćca, pozostały jeden jest przypadkiem tylko nieprawidłowej budowy aorty.

Dzięki ustaleniu pewnych charakterystycznych zmian w obrazie radiologicznym udaje się obecnie rozpoznać z całą pewnością wadę odwróconej aorty.

Dla typu I charakterystyczny jest następujący obraz radiologiczny: 1) obecność tętniącego uwypuklenia po prawej stronie mostka, 2) brak normalnie spotykanego uwypuklenia po stronie lewej, 3) odwrócenie zacienienia i wygięcia przełyku, L i a n i M a r c h a l dodają jeszcze dwa własne objawy o dużym znaczeniu praktycz-

nym. Są to: 1) wysokie ułożenie zgięcia aortalnego, 2) odwrotne ułożenie oskrzeli. Ostatni punkt wymaga pewnych wyjaśnień. W warunkach normalnych oskrzele lewe oddziela się pod kątem prawym od tchawicy a oskrzele prawe tworzy odchylenie bardzo nieznaczne, zbliżone do przedłużenia tchawicy. W przypadkach aorty odwróconej sprawa przedstawia się przeciwnie. Tchawica jest odepchnięta przez zgięcie aortalne ku stronie lewej, wobec tego oskrzele prawe musi odchodzić prawie pod kątem prostym aby móc się dostać do własnej wnęki zaś lewe odbywa drogę znacznie krótszą i stanowi przedłużenie tchawicy.

Z objawów nie zawsze spotykanych wymienić należy: stwierdzenie cienia aorty po prawej stronie kręgosłupa, nadmierną widoczność tętnicy płucnej i lewej wnęki naskutek braku cienia tętnicy głównej.

Typ II posiada dość dużo analogii do typu I jednak ze względu na dość zasadnicze różnice wymaga osobnego omówienia. Dla rozpoznania są tu potrzebne w obrazie radiologicznym następujące zmiany: obecność 2 wypukleń (po stronie prawej uwidacznia się zagięcie prawej aorty, zaś po stronie lewej daje cień opisany wyżej uchyłek). Aparat tchawiczo-oskrzelowy i przełyk ulegają w tym przypadku nie przesunięciu, ale ściśnięciu. Dzięki temu tchawica jest położona mniej więcej po środku kręgosłupa, a oskrzela odchodzą pod równym kątem. Uciśnięcie przełyku daje rozszerzenie jego cienia w odcinku wyżej położonym.

Typ III przedstawia bardzo rzadko spotykany obraz: w obrazie radiologicznym stwierdza się obecność dwu uwypukleń po obu stronach mostka. Przełyk i tchawica zachowują się jak w przypadku poprzednim.

Tak mniej więcej przedstawia się rozpoznanie aorty odwróconej. Sprawa ta nie posiada znaczenia praktycznego daje jednak przykład doniosłości badania radiologicznego klatki piersiowej dla rozpoznawania wrodzonych wad budowy narządu krwionośnego.

CHOROBY NERWOWE

Zapalenie opon miękkich typu dolnego. (Les leptoméningites basses). Devic, Ricard i Marcel Girard.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 428. 1937.

Opierając się na 14 własnych klinicznych obserwacjach, autorzy dokładnie omawiają anatomię patologiczną, etiologię i patogenezę zapalenia opon miękkich rdzenia okolicy ogona końskiego, kreślą obraz kliniczny i podają wytyczne lecznicze.

Pod uwagę wzięte jest zapalenie opon pierwotne, niezależne od znanych cierpień rdzeniowych względnie pozaoponowych, wyłączone są również powikłania oponowe guzów rdzenia lub chorób kręgosłupa. Odróżniają właściwie 2 postacie: 1) zapalenie opon miękkich w ścisłym znaczeniu tego słowa i 2) postać neurotyczną.

Spostrzeżenia operacyjne pozwalają w pierwszej postaci wyodrębnić grupę zlepną i torbielkową. W grupie zlepnej korzonki są zanurzone jakby w siatce pajęczynowej o cieńszych lub bardziej solidnych okach. Zlepy niekiedy są bardzo grube i trudne do rozerwania, czasami znów bardzo dyskretne, niemal niewidoczne gołym okiem. W ostatnim wypadku odnosi się wrażenie, że są poprostu zejściem jakiegoś procesu zapalnego. Grupa torbielkowa klinicznie przebiega podobnie do guzów rdzenia. Postaci neurotycznej autorzy nie mieli w swych spostrzeżeniach, jednak przy-

puszczają, że się nie różni zasadniczo od grupy omawianej, będąc poprostu jedynie fazą, poprzedzającą zapalenie zlepne.

Zapalenie powyższe występuje w wieku średnim, częściej u mężczyzn. Jako przyczyny miejscowe pomawiane są urazy, krwiotoki dooponowe, zaburzenia rozwojowe, a szczególnie tarń dwudzielna; niejednokrotnie wiąże się te stany z chorobą gośćcową kręgosłupa. Z przyczyn ogólnych wymieniano: gruźlicę, grypę, kiłę, reumatyzm stawowy i inne zakażenia. Chodzi tu prawdopodobnie o zakażenia różne, o słabej zjadliwości. Powodem niskiego umiejscowienia są warunki anatomiczne: zakończenie worka oponowego. Niewątpliwą rolę odgrywa proces fizjologiczny osadzania się wszelkich czynników szkodliwych w najniższym dostępnym miejscu. Mechanizm zaburzeń tłumaczy się uciskiem przez zrosty korzonków, ich anemizacją i obrzęk, wskutek przekrwienia żylnego. Przebieg, szczególnie bóle, nie są proporcjonalne do intensywności zrostów. Nasilenia bólów podczas chodzenia tłumaczyć sobie należy pociąganiem korzonków przez zrosty.

Choroba zaczyna się zwykle bólami o charakterze uporczywych ischialgii, nieraz o ściśle korzonkowym umiejscowieniu, prawie zawsze obustronnych. Czasami przyłączają się lekkie zaburzenia ruchowe i ze strony zwieraczy. Cechą charakterystyczną bólów jest ich uporczywość i oporność na zwykłe środki lecznicze. Poza umiejscowieniem na przebiegu nerwów kulszowych, spotyka się czasami bóle w okolicy lędźwiowo-krzyżowej z promieniowaniem do kończyn. Chodzenie, nagłe ruchy, kaszel, wycieranie nosa i defekacja wybitnie wzmagają bóle. Obserwuje się często spontaniczne remisje. Przedmiotowe zaburzenia czucia choć są bardzo częste, niekiedy ujawniają się późno. Najczęściej dotyczą obszarów unerwionych przez korzonki krzyżowe. Upośledzone są wszystkie rodzaje czucia. Nerwy obwodowe i masy mięśniowe najczęściej nie są bolesne przy obmacywaniu. Oczywiście znikają lub słabną odruchy ścięgniste i to głównie ze ścięgna Achillesa. Z czasem występują zaburzenia ruchowe o słabym natężeniu, również o rozmieszczeniu korzonkowym. Zaburzenia ze strony zwieraczy są bardzo częste: zatrzymanie, rzadziej nietrzymanie moczu, zaparcie kału częściej, niż nietrzymanie. Niedomoga sfery płciowej idzie w parze z zajęciem zwieraczy.

Badanie rentgenologiczne zazwyczaj nie daje obrazu znamiennego. Próba Queckenstedta-Stoockey'a rzadko wypada patologicznie, zmiany są niżej położone. W płynie mózgowo-rdzeniowym czasami ksantochromatycznym stale stwierdza się wzmożenie ilości białka (od 0,40 do 1,2, a nawet 8 gramów). Rozczepienie cytologiczno-białkowe jest częstym zjawiskiem. Odczyn Wasermana ujemny. Myelografia metodą Sicarda daje niezwykle charakterystyczne obrazy: kropelki Lipiodolu porozrzucane na całej długości ogona końskiego, tworzą obrazy, przypominające grona winne.

Postać torbielkowa nieporównanie rzadsza, klinicznie odpowiada guzom; lekka reakcja oponowa, przebieg w postaci skoków przemawia za możliwością arachnoiditis spinalis (np. omawianej choroby).

Prognoza zwykle niepewna co do wyleczenia, o ile nie ucieka się do zabiegów operacyjnych. Różnicować trzeba z guzami ogona końskiego i chorobami stożka rdzeniowego końcowego. Jeżeli chodzi o cierpienia stożka końcowego to trudności diagnostyczne są czasami nie do przezwyciężenia. Kierujemy się większą symetrią zmian czuciowo-ruchowych, ich większym natężeniem i brakiem względnie mniejszymi bólami (w przypadkach zajęcia stożka końcowego). Guzy ogona końskiego również trudno odróżnić od zapaleń opon, praktycznie to jednak nie ma znaczenia: w obydwu przypadkach jedynym właściwym podejściem jest zabieg operacyjny.

Leczenie środkami fizykalnymi i farmakologicznymi zawodzi. Technika operacyjna polega na uwolnieniu korzonków od zrostów. Na 14 przypadków operowanych autorzy mieli 3 zejścia śmiertelne (śpiączka u diabetyka, zainfekowanie krwiaka w ranie, pooperacyjnej i niedrożność jelit); w 2 przypadkach operacja nie dała pożądanego wyniku względnie bardzo krótkotrwały, w 5 — niemal zupełne wyzdrowienie, a w 4 poprawę. W procentach przedstawiają się wyniki następująco: około 15% kończy się zejściem śmiertelnym, ok. 15% pozostaje bez zmiany, poprawa zaznacza się u 28%, wyzdrowienie u 35%.

Pomimo zarzutów natury teoretycznej (nawrót choroby) autorzy zalecają drogę operacyjną nie dlatego, że jest to jedyna możliwość lecznicza, ale dlatego, że przedstawia o wiele więcej szans, niż powstrzymanie się od zabiegu, i daje szereg doskonałych wyników.

Z. Kuligowski.

CHOROBY DZIECI

Choroby dzieci w 1937 r. (Przegląd doroczny, cz. III). (Les Maladies des Enfants en 1937). P. Lereboullet i Fr. Saint-Girons.

Paris Médical Nr 44, 1937.

Higiena dziecka. Najwięcej wysiłków w tej dziedzinie poświęcono zagadnieniu pielęgniarki społecznej. Podkreślano jej rolę jako doniosłego czynnika w ochronie rodziny, a więc środowiska, w którym wzrasta dziecko. Bardziej użyteczną jest tu pielęgniarka ogólna (polyvalente), aniżeli specjalistka. Tym niemniej konieczna jest współpraca ich obu, tak samo jak niezbędna jest koordynacja prywatnych i publicznych instytucyj organizacji zdrowia publicznego i opieki społecznej.

Żywienie niemowląt. Propaganda odżywiania niemowląt pokarmem kuchennym trwa nadal. Tworzenie się ośrodków dawczyń mleka pozwala na dostarczanie potrzebującym go niemowlętom naturalnego pokarmu.

Mleko zakwaszone staje się coraz łatwiejsze w użyciu dzięki wprowadzeniu do handlu mleka zakwaszonego sproszkowanego. Zagadnienie wartości odżywczej tego mleka było przedmiotem prac Marfana, Bohna, Gantier, Exchaquet i innych. Autorzy podkreślają jego łatwą przyswajalność, mimo wysokiej zawartości tłuszczów oraz innych elementów energetycznych i plastycznych (1 litr sporządzonej ze sproszkowanego mleka mieszanki = 950 — 1000 ciepłostkom.

Zawartość miedzi w różnych gatunkach mleka. Lesné, Zizine i Briskas określali zawartość miedzi

w mleku krowim i kozim w zależności od pory roku, a więc i rodzaju paszy. Zawartość miedzi wzrasta na wiosnę. W pokarmie kobiecym miedź znajduje się w dużej ilości w młodziwie (1 mg — 0,75 g w litrze) ulegając zmniejszeniu, wyraźnemu od 8 miesiąca. Wówczas o ile niemowlę nie ma dowozu miedzi, podobnie jak i żelaza z zewnątrz — mogą wystąpić objawy niedoboru tych czynników.

W i t a m i n a C w m l e k u s k o n d e n s o w a n y m i sproszkowanym. Przy nowoczesnych sposobach przetwarzania mleka utrata czynnika przeciwgnilcowego nie przekracza 10 — 13%, a więc mniej więcej tyle, co przez zwykłe gotowanie świeżego mleka.

P r o d u k t y s p o ż y w c z e n a ś w i e t l a n e p r o m i e n i a m i p o z a f i o ł k o w y m i winny być sprzedawane w aptekach, za przepisem lekarza oraz podlegać kontroli biologicznej, dokonywanej przez odpowiednie czynniki. W przeciwnym razie mogą powodować zaburzenia w ustroju (hyperwitaminozy, zatrucia itp.), na co wskazuje E. L e s n é.

N i e z b ę d n e s k ł a d n i k i p o ż y w i e n i a w p i e r w s z y m r o k u ż y c i a. Zagadnienie to było przedmiotem dyskusji w Sekcji Ligi Narodów. Ustalono tam szereg wytycznych w odżywianiu niemowląt. Podkreślono wyższość karmienia piersią matki przynajmniej do 6-ciu mies. nad odżywianiem sztucznym, zmniejszenie ilości mleka krowiego od 6-o mies. do 500 — 800 g (zamiast poprzedniej normy 1 litra), przystosowanie racji pokarmowej do indywidualnych potrzeb niemowlęcia. Zalecono podawanie od 3 mies. życia witaminu C oraz witaminu D przy małym nasłonecznieniu, podawanie żelaza wcześniakom i dzieciom z bliźniąt, wprowadzenie do pożywienia kasz od 6-o mies. i jarzyn w miesiąc później. Aczkolwiek podnosiły się głosy krytyki (M. R e n a u d), cytowane wyżej wnioski Genewskie, jako wyraz zbiorowej pracy pediatrów, powinny być drogowskazem przy układaniu diety dla pierwszego roku życia.

Choroby noworodków.

Z a m a r t w i c a n o w o r o d k ó w. Opisano szereg przypadków, w których ataki bezdechu, powtarzające się często (co 10 min.), trwały dłuższy czas (36 g.) i mimo to kończyły się pomyślnie. Liczni autorzy są zdania, że przyczyną tego stanu chorobowego są wylewy krwi do opon, mimo, że badanie płynu mózgordzeniowego nie wykazuje żadnych odchyleń od normy. Wśród stosowanych środków leczniczych wysuwają się na pierwszy plan: wstrzykiwanie lobeliny i inhalacje kwasu węglowego. Rokowanie zawsze poważne.

W y l e w y d o o p o n u n o w o r o d k ó w pominąwszy krwiotoki mikroskopowe, według M. R i v i è r e' a zdarzają się w 1% wszystkich porodów. W etiologii dominującymi czynnikami są kiła i wcześniactwo, często ze sobą związane, z drugiej strony urazy porodowe. Rokowanie poważne, śmiertelność przekracza 35%. Od czasu, gdy stosowane są powtarzające się nakłucia lędźwiowe przy jednoczesnym podawaniu środków hemostatycznych (surowica, krew matki) rokowanie uległo poprawie.

E p i d e m i e b ł o n i c y u n o w o r o d k ó w. L. D e v z a i g n e obserwował w ciągu 2 lat 4 epidemie błonicy w szpitalu Lariboisière, obejmujące w sumie 54 przypadki, z tego 9 zakończonych zejściem śmiertelnym. Noworodki

uległy zakażeniu przez pielęgniarki lub odwiedzających. Według autora należy zawsze poszukiwać błonicy u: 1) noworodków, których waga stoi w miejscu i które są zakatarzone, 2) u pielęgniarek, chorych na anginę, oraz 3) dzieci przybyłych z zewnątrz, a mających katar.

Pielęgnowanie noworodków słabych od urodzenia. Omawiając to zagadnienie Lust kładzie nacisk na spełnienie 3 warunków: 1) zapewnienie takiemu noworodkowi przebywania w ciepłocie 22 — 25° C (owijanie w watę i nagumowane płótno, stosowanie grzejek z wodą), 2) ochrona przed zakażeniami (wata, w którą owija się dziecko powinna być wyjałowiona, używanie płaszczy i masek przez osoby pielęgnujące), 3) zapewnienie odpowiedniego pod względem jakości i wartości kalorycznej pożywienia. Powinien to być pokarm kobiecy, podawany w ilości odpowiadającej 150 — 200 kal. na 1 kg wagi. Z leków pobudzających — krew dootrzewnowo (20 cm^3 co 2-gi dzień), oraz witaminy.

Róża noworodków. Stosowanie w tych przypadkach sulfamidochrysoidyny zmniejszyło znacznie śmiertelność. Lereboullet, Gavois i Bernard zalecają podawanie Rubiasolu w dawkach dużych — 2 pastylki po 0,25 dziennie przez 3 miesiące. Dawek w przebiegu leczenia nie należy zmniejszać.

Choroby niemowląt.

Wrodzone wady dróg moczowych, przede wszystkim pęcherza i cewki moczowej są często przyczyną ropomoczu. Autorzy francuscy są zwolennikami badania przy pomocy wziernika, amerykańscy natomiast stosują częściej pyelografię dożylną, uważając ją za nieszkodliwą nawet u niemowląt.

Krwiotoki w przypadkach stanów toksyczno-infekcyjnych w pierwszym dzieciństwie. Ribadeau-Dumas i Loewe-Lyon uważają, że są one częstsze niż się na ogół mniema. Niejednokrotnie na sekcji niemowląt zmarłych z powodu stanów infekcyjnych przebiegających z zatruciem, znajdowano w żołądku rozległe wybroczyny krwawe, mimo, że w wymiocinach krwi nie stwierdzano. W przebiegu tego cierpienia daje się wyodrębnić dwa zespoły objawów chorobowych, występujące pojedyńczo lub razem: 1) zespół biegunkowy, w którym często dominują objawy nerwowe, oraz 2) infekcja płucna, uszna lub skórna. Wydaje się, że krwiotoki żołądkowe występują tylko w przypadkach z objawami nerwowymi. Rokowanie w tym cierpieniu jest złe.

Przemiana wodna i mineralna była przedmiotem licznych obrad na kongresie pediatrów w Rzymie. Tu należy podkreślić prace poświęcone zagadnieniu praktycznemu — nawadnianiu niemowląt w stanach odwodnienia. M. Debré i współpracownicy donoszą o ciekawych wynikach uzyskanych po stosowaniu kroplówki dożylnej metodą Karelitza i Schick'a. Aczkolwiek jest to leczenie objawowe, tym niemniej daje ono dobre wyniki w zespole toksycznym z odwodnieniem.

Zapalenie płuc u niemowląt i małych dzieci. Cenne diagnostycznie jest badanie rentgenologiczne płuc. Powinno przy tym ono zawsze uwzględniać dwie płaszczyzny: czołową i strzałkową. Cień w kształcie hełmu pozwala dobrze rokować. Postaci zapalenia płuc, przebiegające bez objawów fizykalnych, są bardzo częste i zdarzają się zarówno w zapaleniach centralnych jak i obwodowych. Weill i Mouriquaud uważają, że stan zwapnienia płuca stwarza „ciszę". W oponowo - mózgowym zapaleniu płuc nakłucie lędźwiowe dopomaga nie tylko do ustalenia rozpoznania, ale jest również zabiegiem leczniczym.

Ostry obrzęk płuc u niemowląt w przebiegu infekcji płucnej jest rzadkością. Objawy: silna duszność, piana na ustach. Leczenie: krwioupust za pomocą 2 ciętych baniek u podstawy płuca lub pijawek, oubaina domięśniowo ($^1/_{10}$ mgr), tlen.

Wrodzony obrzęk śluzowaty. Lesné i Launay zwracają uwagę, że w etiologii tego schorzenia dużą rolę odgrywa kiła wrodzona. Przy wyborze leczenia zawsze powinno się mieć to na uwadze. Leczenie hormonalne daje bardzo dobre wyniki, należy je jednak stosować stale i systematycznie, szczególnie pożądane jest dawanie, poza wyciągami tarczycy, wyciągów grasicy. Poza tym użyteczny jest jod, witamin D, chlorek wapnia.

Choroby dzieci.

Choroby nerek. Według Lemoine ostre krwiotoczne zapalenie nerek występuje przeważnie w przebiegu anginy i częściej u chłopców. Stanom tym towarzyszy przeważnie znaczna azotemia, wzmożone ciśnienie krwi, zwiększenie ilości cholesteryny i lipoidów, hyperglobulinemia z obniżeniem białka surowiczego. Rokowanie dobre. Leczenie klasyczne z uwzględnieniem dowozu owoców, zawierających dużo witaminu C. Wyłuszczenie migdałków i wyrośli adenoidalnych, w których tkwi źródło infekcji, często powoduje szybkie wyzdrowienie.

Schorzenia wątroby. Wrodzone zarośnięcie dróg żółciowych: jedyny przypadek częściowego zarośnięcia ductus choledochus u 5-o letniego dziecka opisuje C. Finlayson.

Ropnie wątroby nie są rzadkością u małych dzieci. Najczęściej znajduje się w nich gronkowce, lub pałeczki okrężnicy, rzadziej pełzaka czerwonki. Leczenie chirurgiczne w znieczuleniu miejscowym. Lelong, Gimé i Joseph donoszą o wyzdrowieniu po wstrzyknięciu lipiodolu przez przetokę ropnia.

Schorzenia układu nerwowego. A. Deroide podaje obserwacje, dotyczące przypadków zapalenia mózgu w przebiegu krztuśca. Powikłanie to występuje przeważnie w 5-tym tygodniu choroby. Obraz kliniczny zmienny. W płynie mózgowordzeniowym brak, lub słabe odczyny zapalne. Zejście pomyślne w około 50% przypadków. Często zdarzają się nieodwracalne zaburzenia psychiczne, które mogą występować również i w przebiegu zapalenia mózgu pochodzenia psychicznego.

O wylewach krwi do opon mózgowych u dzieci pisze Traissac. Zajmuje się on jedynie wylewami podpajęczynówkowymi. Rozróżnia 2 grupy: 1) występujące w przebiegu chorób zakaźnych, oraz 2) samoistne, o etiologii nieznanej. Leczenie polega na często stosowanych nakłuciach lędźwiowych i podawaniu salicylu.

W leczeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowego dobre wyniki uzyskiwano po podawaniu paraaminofenylosulfamidu, lub sulfamidu. Badania Tiffeneau i Meyela wykazują, że lek ten, podawany drogą doustną, szybko przechodzi do płynu mózgowo - rdzeniowego. Stosowany również bywa zapobiegawczo. Dawki u niemowląt nie przekraczają 2 g dziennie, u dzieci starszych 3 — 4 g dziennie.

Drogi oddechowe. Ostre zapalenie krtani i tchawicy, symulując niejednokrotnie dławiec, narażają dziecko na bezskuteczne leczenie surowicą. Ta jednostka chorobowa opracowana jest dokładnie przez badaczy amerykańskich, którzy zalecają w takich przypadkach wykonanie bronchoskopii (jako reguła). Dzięki temu zabiegowi można obejrzeć chore narządy, co ułatwi rozpoznanie, a niejednokrotnie wziernikowanie pozwoli uniknąć tracheotomii.

Rozstrzenie oskrzeli. Cierpienie ciężkie, o złym rokowaniu, bowiem leczenie jest mało skuteczne. Czasami dobre wyniki daje phrenicotomia, lub odma, lecz nieraz pneumectomia — wydaje się być zabiegiem przyszłości. Badania Armand-Delille i współpracowników wskazują jako czynnik patogenetyczny tego cierpienia zaburzenia rozwojowe.

Gruźlica wrodzona. Bertoye podaje 17 przypadków wrodzonej gruźlicy. Wartość diagnostyczna odczynów skórnych w gruźlicy jest podawana w wątpliwość przez szereg autorów z Uwistian-Paul na czele, którzy u dzieci ze środowisk gruźliczych otrzymywali często ujemne odczyny tuberkulinowe.

Szczepienia BCG są nadal przedmiotem ożywionych badań i dyskusji. Weill-Hallé, Parafi Boissonnet uważają za słuszne porzucenie podawania szczepionki drogą doustną i podawanie jej podskórnie.

Szereg prac poświęcono zagadnieniu gruźlicy u dzieci wiejskich w wieku szkolnym.

Zapalenie opon mózgowych gruźlicze. Wydaje się, że dzięki lepszemu zrozumieniu dla akcji zapobiegawczej, liczba zachorowań na to cierpienie zmniejszyła się. Źródła zakażenia często nie udaje się wykryć. Loewenstein, Lesné i współpracownicy wykrywali typ bydlęcy gruźlicy. Według Nobécourt i Briskas choroby tej nie spotyka się przed 3 miesiącem życia; najczęściej — w 5 roku życia.

Błonica. Schorzenie to występuje rzadko u dzieci, które były uprzednio szczepione. Liczni autorzy zalecają stosowanie bronchoskopii, która ma znaczenie diagnostyczne i lecznicze. H. G. Eck poświęcił rozległą pracę zagadnieniem porażeń pobłoniczych. Zdaniem tego autora wczesna postać porażeń występuje dość często. Leczenie surowicą postaci późnych porażeń jest mało skuteczne. Wstrząs po podaniu surowicy może powodować uwolnienie toksyny i dalsze porażenia.

Akrodynia. E. Gaudin badał etiologię i epidemiologię tego cierpienia. Uważa ją za chorobę zakaźną, wywołaną przez zarazek przesączalny, uszkadzający system nerwowy. Jako środki zapobiegawcze winny być stosowane: natychmiastowa izolacja chorego, desynfekcja i deratyzacja. U niemowląt cierpienie ma inny nieco obraz kliniczny, aniżeli u dzieci starszych. Dobre wyniki lecznicze uzyskiwano po stosowaniu witamin i promieni pozafiołkowych. *P. Wójciak.*

CHIRURGIA

Dodatnie wyniki dowięzadłowych wstrzykiwań novokainy w kilku przypadkach ropnego zapalenia stawu. (Action de l'infiltration ligamentaire sur certains arthrites suppurés douloureuses.) J. F i o l l e.

Mém. de l'Acad. de Chirurgie czerwiec 1937.

Opisane przez autora 4 przypadki dotyczą ropnego zapalenia stawu kolanowego, przebiegającego z silnymi bólami. W 1. przypadku zakażenie wystąpiło na tle zakażenia drobnoustrojami zbliżonymi do błoniczych (diphteroïdes), w pozostałych na tle rzeżączkowym. Ponieważ najsilniejsze bóle odczuwali ci chorzy w okolicy przyśrodkowego więzadła kolanowego, autor chcąc zmniejszyć ich cierpienia nastrzyknął to miejsce 0,5% novokainą. Wynik bezpośredni był znakomity, bóle ustąpiły, lecz — co dziwniejsze — w ciągu dni następnych wysięk zmniejszył się stopniowo, objawy zapalne ustąpiły, i w szybkim stosunkowo czasie nastąpiło całkowite wyleczenie .

Autor traktuje swe spostrzeżenie jako doniesienie tymczasowe, nie upoważniające narazie do wysnuwania daleko idących wniosków, stwierdza jedynie, że 1) wstrzykiwanie novokainy do więzadła kolanowego nie jest równoznaczne z wstrzykiwaniem jej do stawu, 2) nie grozi ono powstaniem zapalenia dokoła stawu, o ile wstrzyknięcie wykonuje się na zewnętrznej powierzchni więzadła, 3) jest przeciwwskazane w przypadkach zmian zapalnych w tkankach miękkich dokoła stawu, 4) osiągnięte w tych przypadkach wyniki zachęcają go do wypróbowania tego leczenia na szerszym i liczniejszym materiale klinicznym.

Objawy porażenia kończyn jako powikłanie krwawień macicznych w przebiegu włókniaków macicy. (Accidents paralitiques secondaires aux hémorragies des fibronies.) R. G r é g o i r e.

Mém. de l'Acad. de Chirurgie czerwiec 1937.

Autor podaje opis 2 obserwowanych przez siebie przypadków, gdzie obfite krwiotoki z narządów rodnych wywołały wtórne objawy porażenia kończyn. Na spadek ciśnienia i niedokrwistość reaguje najszybciej tkanka mózgowa, przy czym występować mogą zaburzenia psychiczne, konwulsje, zaburzenia wzrokowe itd. Zauważono, że przy nagłej utracie krwi na plan pierwszy wysuwają się objawy psychiczno-czuciowe, przy krwiotokach przewlekłych — motoryczno-czuciowe.

1. przypadek dotyczył 38-letniej kobiety, która od szeregu lat miewała obfite periody z powodu włókniaków macicy. Podczas jednej takiej miesiączki wystąpiły nagle objawy porażenia całej prawej kończyny górnej, potem — utrudnienie mowy i silny ból głowy. Trwały one całą noc, poczem zupełnie ustąpiły i w rok później powtórzyły się znowu, przeciągając się już przez kilka tygodni. Chorą poddano operacji usunięcia macicy, a w miarę poprawy stanu ogólnego objawy porażenia cofały się, i wreszcie ustąpiły zupełnie.

Drugi przypadek dotyczył chorej 31-letniej wykrwionej również z powodu włókniaków macicy, u której po operacji w okresie znacznej jeszcze niedokrwistości, wystąpiło silne osłabienie lewej kończyny górnej, oraz utrudnienie mowy. Po pewnym czasie wszystko ustąpiło.

Zastanawiając się nad przyczyną występowania tych objawów autor odrzuca zupełnie możliwość obecności zatorów mózgu, zakrzepów naczyń na kończynach, czy też innych zmian organicznych w naczyniach i stwierdza, że są to następstwa skurczu pewnych naczyń mózgu, wywołanego spadkiem ciśnienia i niedokrwistością. W takich przypadkach podnoszenie ciśnienia krwi przez przetaczanie krwi lub dożylne podanie chociażby roztworu fizjologicznego w większej ilości jest najszybszym i najpewniej działającym leczeniem. Poprzednio sprawdzić należy zawsze ciśnienie krwi.

Działanie evipanu sodu na nerki. (L'Evipan sodique pent-il léser le rein? S o u p a u l t.

Mém. de l'Acad. de Chirurgie czerwiec 1937.

W 1936 r. C r o c q stwierdził, że na 47 chorych usypianych evipanem sodu w 14 przypadkach wystąpił po operacji białkomocz, co wskazywałoby na szkodliwe działanie evipanu na nerki. Chcąc to sprawdzić autor u 25 chorych usypianych evipanem wykonywał w czasie przed operacją, bezpośrednio po operacji i przez następny tydzień po zabiegu następujące badania: 1) badał mocz na zawartość ilościową białka, 2) obliczał dobową ilość moczu, 3) sprawdzał szybkość wydzielania się fenolsulftaleniny z moczem. Okazało się, że białkomocz zjawiał się lub nasilał, o ile był stwierdzony przed operacją, w 5 przypadkach. Diureza zmniejszyła się we wszystkich przypadkach, niejednokrotnie przeszło o 50%, a stan ten utrzymywał się przez czas dłuższy (zmniejszenie pooperacyjne wyrównuje się w ciągu tygodnia). Wydzielanie fenolsuftaleniny zwolniło się w 14 przypadkach, w 6 pozostało bez zmian, w 3 przyśpieszyło się. Jak z badań tych wynika zmiany w czynności nerek pod wpływem evipanu są niewielkie i krótkotrwałe, jednakże wskazują na to, że evipan działa ujemnie na miąższ nerkowy. To też wszelkie schorzenia nerek są przeciwwskazaniem do tego rodzaju uśpienia. Sprawa ta wymaga również dokładniejszych i bardziej wyczerpujących badań.

Wyniki leczenia kamicy przewodu żółciowego wspólnego zgłębnikowaniem dwunastnicy. (Les resultats du tubage duodénal dans la lithiase du cholédoque). B e u g o l e a et S u a r e z.

Lyon Chirurgical Nr. 5 wrzesień-październik 1937.

Od 1924 r. autorzy stosują w przypadkach kamicy przewodu żółciowego wspólnego zgłębnikowanie dwunastnicy. Wyniki tego leczenia w 50 przypadkach ogłosili już w 1928 r.; obecnie podają nową statystykę 108 przypadków tego rodzaju podobnie leczonych. Z tej liczby u 18 chorych po kilkakrotnym zgłębnikowaniu stwierdzono w kale 1 do 100 kamieni żółciowych oraz całkowite ustąpienie objawów kamicy przewodu żółciowego wspólnego, 9 z tych chorych uzyskało wyleczenie całkowite, 9 poddano operacji z powodu kamicy pęcherza żółciowego. W 74 przypadkach uporczywa żółtaczka ustąpiła zupełnie, w 8 przypadkach ustąpiła chwilowo, poczem nasiliła się ponownie.

Wyniki te aczkolwiek niezbyt efektowne (9 wyleczonych na 108 przypadków) tym nie mniej są zachęcające, bo w przypadkach gdzie nie udało

się uzyskać wyleczenia na drodze zachowawczej, osiągnięto jednak znaczną poprawę (ustąpienie żółtaczki w 74 przypadkach). Dla uzyskania dobrego wyniku należy zgłębnikowanie powtarzać conajmniej przez kilkanaście dni, stosując klasyczną metodę Vincent Lyona: wstrzykiwanie przez zgłębnik 100 — 150 cm³ — 33% roztworu siarczanu magnezu z jednoczesnym podawaniem podskórnym ekoliny, atropiny lub papaweryny.

Leczenie rozległych oparzeń. (Traitement des brûlures cutanées étendues récentes.) M o r g u e-M o l i n e s.

Journal de Chirurgie, październik, 1937.

W przypadkach rozległych oparzeń prócz objawów miejscowych występują także objawy ogólne wywołane samozatruciem organizmu, objawy które decydują o życiu poparzonego. To też w pierwszym rzędzie leczenie powinno iść w tym kierunku.

L e c z e n i e o g ó l n e. Bezpośrednio po oparzeniu należy uśmierzyć ból — podaniem morfiny, ochraniać chorego przed oziębieniem, a nawet ogrzać go piecykiem elektrycznym (szafką), wstrzyknąć cofeinę lub coraminę z efedryną. Przy zwalczaniu rozwijającego się szybko zatrucia należy przede wszystkim organizm nawodnić, podając 4 — 5 l płynów dziennie doustnie, podskórnie i w lawatywach, oraz chlorek sodu podskórnie lub dożylnie w ilości 10 gr na dzień. Przetaczanie krwi daje również dobre wyniki. Autor jest przeciwnikiem uprzedniego upustu krwi (celem usunięcia krążących w niej toksyn), gdyż dla ciężko chorego jest to zabieg zbyt ryzykowny, wątpliwej zresztą wartości leczniczej. Jest on natomiast zwolennikiem kilkakrotnie powtarzanego przetaczania krwi po 300 cm³. Z leków uzupełniających wymienia naparstnicę, atropinę i chlorek wapnia, uspokajający układ nerwowy roślinny, oraz podsiarczyn sodu. W i l s o n otrzymał podobno dobre wyniki podawaniem wyciągów z kory nadnercza. Insulina w połączeniu z glukozą usuwa kwasicę i jest wskazana również ze względu na wzmożone stężenie polipeptydów we krwi. Wreszcie pamiętając o łatwości zakażenia ran po oparzeniu autor zaleca zapobiegawczo stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej.

L e c z e n i e m i e j s c o w e. Zarzucono obecnie zwalczanie bólów przez stosowanie na miejsce oparzone tłuszczów, olejków, gomenolu i t. p., gdyż jakkolwiek objawowo pomagają narazie obecność ich na ranie sprzyja wsysaniu się z rany elementów rozpadu i zatruciu ogólnemu. Chcąc te elementy unieruchomić i unieszkodliwić stosuje się: albo wysuszanie rany przez utrzymywanie jej bez opatrunków na powietrzu i ogrzewanie kąpielami elektrycznemi, albo przez ścinanie białka tkanek uszkodzonych — t a n i n ą. Kwas garbnikowy używa się bądź w postaci wilgotnych okładów, bądź rozpryskiwań na ranę bez przykrywania jej opatrunkiem, bądź też kąpieli garbującej. Zależnie od tego czy roztwór ma przeniknąć głębszą warstwę tkanek, czy szybko ściąć powierzchnię rany używa się w I przypadku 2,5% roztworu, w II — 20% roztworu. Przy oparzeniu III stopnia leczenie taniną uzupełnia się: 10% roztworem a z o t a n u s r e b r a, 5% roztworem c h l o r a n u ż e l a z a, 1% roztworem f i o l e t u g o r y c z k o w e g o lub 2% roztworem c h r o m i a n u r t ę c i. Stosuje się je również w postaci kąpieli. Roztwory te bowiem poza ścinaniem białka mają również działanie bakteriobójcze, co w przypadkach oparzenia III stopnia jest szczególnie ważne.

Po 10 — 15 dniach strup, wytworzony zapomocą tych zabiegów, odpada i przy oparzeniu II stopnia rana jest już pokryta nabłonkiem, a przy oparzeniu III stopnia — ziarniną. W tym ostatnim przypadku należy dążyć do jaknajszybszego zabliźnienia się rany. Po odpadnięciu strupa przez jeden dzień na ranę stosuje się opatrunek z płynu Dakina, następnie opatrunek z tranu i naświetlania promieniami ultrafioletowymi. Skoro zachowane są gdzie nie gdzie elementy skóry właściwej, rozrastają się one i pokryć mogą całą ranę, w przeciwnym razie należy wykonać przeszczepy skóry, które na świeżej ziarninie łatwo się przyjmują.

O ile dawniej w przypadkach rozległych oparzeń śmiertelność chorych wynosiła ok. 25%, od czasu stosowania taniny spadła do 10%. Mowa jest tu jedynie o oparzeniach nie przekraczających ⅓ powierzchni całego ciała, które przeważnie kończą się niepomyślnie.

Dla tego rodzaju chorych winien być w szpitalach specjalny pokój o wyższej temperaturze powietrza, z instalacją kąpielową, aparatem do opatrunków i kąpieli elektrycznej.

Wrzody odźwiernikowe w ścisłym tego słowa znaczeniu. (L'ulcére pylorique vrai). G a r i n, B e r n a y.

Le Journal de Médecine de Lyon. Sierpień 1937.

Mowa jest tutaj o wrzodach umiejscowionych ściśle w odźwierniku, tj. w miejscu przebiegu zwieracza, które należy odróżniać od wrzodów umiejscowionych bardziej w stronę żołądka lub dwunastnicy. Wrzody ściśle odźwiernikowe są naogół rzadkie, gdyż występują zaledwie w 1 — 2% wszystkich przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy. Ścisłe odróżnianie wrzodów odźwiernikowych od wrzodów umiejscowionych — jedynie w sąsiedztwie odźwiernika ma swoje dość doniosłe znaczenie kliniczne, gdyż wrzody dwunastnicze, nigdy nie ulegają zwyrodnieniu rakowatemu — w przeciwieństwie do wrzodów odźwiernikowych.

Wrzody ściśle odźwiernikowe umiejscowione są najczęściej na przedniej ścianie odźwiernika i cechują się znaczną różnorodnością objawów klinicznych. Objawem najbardziej stałym i charakterystycznym jest ból. W przypadkach typowych okresy bólów trwają 2 — 3 tygodni, przerwy między bólami wynoszą kilka miesięcy. W przypadkach nietypowych okresy bólów są krótkie kilkudniowe, i nie zaznacza się zupełnie ich związek z czasem przyjęcia pokarmów. Trudno jest często odróżnić te bóle od bólów w przebiegu kamicy żółciowej. Najczęstszym umiejscowieniem bólu jest nadbrzusze lub miejsce nieco bardziej na prawo od linii środkowej. Ból promieniuje do krzyża lub do prawego podżebrza i ma charakter palący lub kurczowy; jest zwykle bardziej ostry, niż przy wrzodach o innym umiejscowieniu i zostaje złagodzony przez przyjęcie alkalii lub pokarmów, lub przez wymioty. Chemizm żołądka nie ulega większemu zakłóceniu. Skłonność do zwężenia odźwiernika nie bywa tutaj częstszą niż przy innych umiejscowieniach wrzodu.

Rozpoznanie rentgenologiczne wrzodu ściśle odźwiernikowego jest naogół trudne, zwłaszcza

jeśli ograniczać się do prześwietlenia bez dokonywania zdjęcia. Rozpoznanie jest pewne tylko w razie stwierdzenia obecności niszy odźwiernikowej, która zwykle ma wymiary drobne i jest umiejscowiona na górnym brzegu kanału odźwiernikowego: kanał odźwiernikowy bywa zwykle wydłużony i zwężony.

Rozpoznanie różniczkowe jest czasami bardzo trudne. Zmylić je można z wrzodem dwunastniczym, z rakiem odźwiernika i z przerostem odźwiernika.

Zaburzenia czynnościowe po operacji usunięcia łąkotki stawu kolanowego leczone wstrzykiwaniem nowokainy do lędźwiowej części nerwu współczulnego. (Troubles fonctionnels postopératoires après meniscectomie traités par des infiltrations novocaïniques de la chaine sympathique lombaire). Yung.

Revue de Chirurgie Nr. 6, 1937.

Autor opisuje przypadek piłkarza, który przy grze oderwał i zwichnął przyśrodkową łąkotkę stawu kolanowego prawego. Poddany został operacji usunięcia łąkotki, po której ruchy w kolanie powróciły do normy, pozostało jednak tak wielkie osłabienie kończyny, że chory w 3 mies. po zabiegu po wykonaniu 12 kroków musiał odpoczywać. Poza blizną operacyjną żadnych zmian w kończynie nie stwierdzono. Idąc za radą Leriche'a autor wstrzyknął choremu novokainę do lędźwiowej części nerwu współczulnego po stronie prawej. W dwa dni później chory zgłosił się, stwierdzając znaczną poprawę, po drugim wstrzyknięciu już w kilka dni rozpoczął trening piłkarski. Siła mięśniowa kończyny w szybkim czasie wróciła do normy.

Rozważania nad przyczyną ogólnych zaburzeń przy rozległych oparzeniach. (Physiologie pathologique des „grands brûles" pendant les 4 premiers jours). Duval.

Journal de Chir. październik 1937.

W artykule powyższym rozpatrywane są objawy ogólne, występujące przy rozległych oparzeniach. Objawy te w ciągu 4 pierwszych dni dają obraz t. zw. „choroby oparzenia", po tym czasie, o ile nie nastąpi zejście śmiertelne, zmniejszają się one, następuje „przełamanie fazy zatrucia", albo obraz ogólny często zaciera się na skutek dołączenia się wtórnego zakażenia ran. Śmiertelność chorych u których powierzchnia oparzenia wynosi ⅓ powierzchni całego ciała wynosi 40%.

Objawy „choroby oparzenia" są następujące: ciśnienie krwi obniża się, tętno jest szybkie, lecz równe, temperatura normalna lub obniżona, czasami tylko podnosi się do 41°. Wszystkie narządy wewnętrzne ulegają przekrwieniu, możliwe jest powstawanie zawałów w śledzionie, wątrobie, lub płucach, notowano nawet powstanie (?) wrzodu żołądka (Curling). We krwi zjawia się nadmiar cukru, adrenaliny, polipeptydów i mocznika, kwasica, rezerwa alkaliczna i poziom chloru są znacznie obniżone. Zaznacza się przy tym znaczne zagęszczenie krwinek, sięgające do 16 milionów w 1 mm³.

Rozważania i badania nad „chorobą oparzenia" doprowadziły licznych autorów do wniosku, że przy oparzeniu tkanek powstaje pewna, nieznana substancja toksyczna, zatruwająca ustrój. Na dowód przytaczają oni, że krew zwierzęcia oparzonego wstrzyknięta zdrowemu wywołuje u niego objawy „choroby oparzenia". Też same objawy powstają przy wstrzyknięciu dożylnym wyciągu z tkanek oparzonych w stopniu II lub III, tkanki zwęglone nie powodują zatrucia. Badania Pfeiflera i Kotlarefa wykazały nawet, że organizm walczy z tym zatruciem wytwarzając fermenty i przeciwciała swoiste. Ponieważ jednak do tej pory nie udało się wyodrębnić tej substancji trującej, niektórzy autorzy negują jej obecność i wszystkie objawy ogólne występujące przy oparzeniu przypisują wstrząsowi anafilaktycznemu, porównując objawy „choroby oparzenia" z objawami wstrząsu pooperacyjnego, po zmiażdżeniu większej ilości tkanek lub po rozpadzie naskutek naświetlań większych mas nowotworowych. Wszystkie te 4 choroby są wywołane czynnikami wewnątrz pochodnymi, natury toksycznej.

Jadwiga Czyżewska.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Ropnie mózgu wrzekome (Les faux absces du cerveau) Ramadier J. A.
Les Annales d'otolaryngologie 1937. Nr. 6.

Określenie ropni wrzekomych mózgu ukuł Winter w r. 1935 odnośnie do wypadków, gdy w przebiegu otitis media i mastoiditis mimo braku ropnia zjawiają się takie objawy jak bóle głowy, wymioty, zaburzenia psychiczne i objawy ogniskowe. Objawy te mają charakter przemijający i nie mogą doprowadzić do wskazania operacyjnego dotyczącego prawdziwych ropni. Zespół ropnia wrzekomego zbliża się bardziej do klasycznego w razie surowiczego zajęcia opon (meningitis serosa, hydrocephalie otitique, meningite hypertensive). Wówczas jedyną cechą różniczkową jest brak zmian w płynie lędźwiowym zespolony z jego nadmiernym ciśnieniem. Zespół taki zdarzyć się może u osobników skłonnych do zaburzeń naczynioruchowych i nadmiernego wydzielania płynu mózgo-rdzeniowego. Autor opisuje taki przypadek u dziecka 20-miesięcznego. Pojawiły się tu wszystkie objawy ropni włącznie z afazją, drgawkami i porażeniem połowiczym, które ustąpiły po dekompresji. Jeszcze wyższy stopień złudzenia co do istnienia ropnia mózgu stwarza zespół, określony przez autora jako „meningo-encéphalite collaterale d'origine otique". W tym wypadku nawet i płyn mózgo-rdzeniowy ma cechy zapalne. Autor opisuje i taki przypadek u 67 letniej kobiety. W trzy dni po zabiegu doszczętnym z częściowym odsłonięciem opon wobec braku poprawy odnośnie do objawów mózgowych wykonał autor zdala od pierwszej rany trepanacyjnej drugą trepanację nad płatem skroniowym, dokonując tam rozległej dekompresji metodą Cushinga. Rozliczne nakłucia mózgu, a nawet komory pozostały bez wyniku. Mimo to pacjentka wróciła do zdrowia. Czynnikiem leczniczym była dekompresja. Dzięki przeniesieniu drugiego zabiegu z terenu zakażonego udało się uniknąć ujemnych następstw zbędnych nakłuć. Autor w konsekwencji dochodzi do szeregu wniosków ogólnych modyfikujących w daleko idącej mierze przyjętą powszechnie metodę jednoczasowego postępowania otochirurgicznego w wypad-

kach podejrzenia ropnia mózgowego pochodzenia usznego. A mianowicie z powodu możliwości błędów autor zaleca zasadnicze w tych przypadkach postępowanie chirurgiczne dwuczasowe, względnie nawet trójczasowe (pierwszą fazą jest wtedy kostny zabieg uszny). Po dekompresji, którą należy wykonać zdala od terenu otochirurgicznego (nad skronią dla mózgu, nad potylicą dla móżdżków) trzeba odczekać (metode temporisatrice en deux étapes). Autor w szczegółowym wywodzie wskazuje na rozliczne korzyści takiego postępowania.

Proteza podniebienia po usunięciu operacyjnym guzów niezłośliwych podniebienia (Prothèse palatine de soutier consécutive à l'ablation des tumeurs bénignes du palais). R o y J. N.

j. w.

Autor widzi najlepsze rozwiązanie zagadnienia ubytków po pośluzowej operacji guzów niezłośliwych podniebienia w częściowym zmniejszeniu ubytku drogą szwów śluzówki przy zastosowaniu protezy, sporządzonej jeszcze przed operacją przez dentystę.

Grzybice ucha zewnętrznego, wywołane przez Sterigmatocystis nigra (Otomycoses à Sterigmatocystis nigra). C i n i a r a J.

j. w.

Autor opisuje osiem przypadków grzybicy ucha zewnętrznego, wywołanej przez grzybek Sterigmatocystis nigra, spostrzegane przez niego w krótkim czasie. Jest to rodzaj epidemii tej grzybicy, zresztą w etiologii grzybic ucha zewnętrznego dość rzadkiej. Zazwyczaj bowiem grają tu role grzybki z gatunku Aspergillus. Wszystkie przypadki odznaczały się przebiegiem dość ostrym i dużą bolesnością i uczuciem pełności w uchu. Ból miał charakter neuralgiczny, promieniujący w różnych kierunkach. Niekiedy zjawiały się gorączka i upośledzenie znaczne samopoczucia. Przedmiotowo stwierdzało się w większości wypadków różowy obrzęk małżowiny i ściany przewodu jako też bolesny powiększony gruczoł przed uchem. Niekiedy spostrzegano odstawanie małżowiny i obrzęk gruczołów poza uchem, pod wyrostkiem sutkowym i pod mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Makroskopowo przedstawia grzybek ten w uchu zbitą szarawą masę z żyłkami zielonkawymi i czarniowymi punkcikami i przypomina masę papierową („papier mâché"). Płukaniem można usunąć z ucha jednolitą warstwę przedstawiającą jakby odlew przewodu, poczem widać ścianę przewodu zaczerwienioną i nadżartą. Co do leczenia dobrze działał alkohol jodowy, rozczyn 1:30 azotanu srebra lub siarkanu miedzi. Zwłaszcza ten ostatni może skutecznie współzawodniczyć z alkoholem jodowym.

Postępowanie operacyjne w wypadkach zapalenia kości skalistej. Wrażenia ze Stanów Zjednoczonych Ameryki. (Le traitement opératoire des pétrosites tel que je l'ai vu récemment aux États-Unis). Le M e é J. M.

j. w.

Metodę operowania „petrositis" podał już dawniej (1908) Baldenweck we Francji, a operował wedle niej N. L. W i l l i a m s 17 przypadków z doskonałym rezultatem. Później podali różne metody E a g l e t o n, K o p e t z k y, A l m o u r, F r e n k l e r. Podało je w r. 1935 do wiadomości Towarzystwo otolaryngologiczne Toronto (American Otoloqual Society).

Spostrzeżenia najnowsze oparte są na zetknięciu się autora z Lempertem (New-York). Zabieg wykonany jest cięciem już to Lempertowskim przez przednią i górną ścianę przewodu zewnętrznego), już to cięciem klasycznym pozausznym, biegnącym ku przodowi na okolicę łuku jarzmowego. Zabieg ten możnaby nazwać zabiegiem doszczętnym przednim („radicale antérieure"). Po przeprowadzeniu typowego zabiegu doszczętnego, obdłutowaniu bloku kanałów półkolistych poprzez okolicę trójkąta Trautmana i odsłonięciu opony twardej średniego dołu czaszkowego (ewentualnie i tylnego) jest udostępniony wierzchołek kości skalistej. Do kanału tętnicy szyjnej wewnętrznej zbliżamy się, dłutując okolicę przedniej ściany przewodu słuchowego wewnętrznego przyśrodkowo od bloku labiryntowego. Po drodze napotykamy otwór bębenkowy trąbki podczas usuwania łuku jarzmowego. Tutaj usuwamy komórki kołotrąbkowe, mięsień napinający młoteczki i części miękkie poza stawem żuchwowym jako też okolicą wydrążenia stawowego (cavitas glenoidalis). Teraz już odsłania się kanał klamry szyjnej i obnaża jego część tylną i przyśrodkową. Ta faza operacyjna jest ułatwiona wskutek zupełnie typowego przebiegu tętnicy i częstych rozstępów (dehiscencji) kostnych. Określić ją można jako resekcję wierzchołka kości skalistej (apicectomia). Zabieg nie przedstawia niebezpieczeństwa ani dla ślimaka, ani dla nerwu twarzowego.

Skryte zapalenia ropne zatok nosa i ich powikłania (Les sinusites suppurées latentes et leurs complications). P i q u e t J. i B u t r u i l l e P.

j. w.

Zapąlenie ropne zatok rozpoznane i leczone zawczasu rzadko daje powód do powikłań poważnej natury. Inaczej rzecz się ma z zapaleniem skrytym, tj. bezobjawowym. W pracy autorów, obejmującej 12 przypadków, (2 ostre i 10 przewlócznych) wzięte są tylko pod uwagę zapalenia ropne, pominięto natomiast wszelkie inne np. przerostowe, polipowate a także i takie, w których doszło do powikłań w związku z zaniedbaniami, tj. nieleczeniem pomimo obecności objawów wskazujących na obecność ropnej sprawy zatok. Autorowie rozpatrują przyczyny nagłego zaistnienia powikłań wśród dotychczasowego okresu bezobjawowego i dochodzą do wniosku, iż o tym nic powiedzieć nie można, gdyż przyjmowanie zmiany zjadliwości bakterii lub zmiany odporności podłoża pozbawione jest wszelkiej treści klinicznej. Co więcej, zważywszy zniszczenia, które dokonują się w okresie bezobjawowym trudno nawet mówić o braku zjadliwości bakterii w tym okresie. Jedynie hipoteza kilku autorów (J a c q u e s, L e m a î t r e, R u n g e), iż do wybuchu powikłań przyczynia się kiła (nabyta lub wrodzona) zasługuje na uwagę. W materiale autorów nie było jednak podstawy do przyjęcia takiej hipotezy. Następnie podane są w pracy historie chorób rzeczonych 12 przypadków. Wynika stąd, że wśród powikłań znajdują się oczne (orbito-oculaires), czaszkowe (osteomyelites ossis cranii) i wśródczaszkowe (ropień mózgu, zapalenie opon, ropień nadoponowy). Wśród powikłań ocznych znajdują się: zapalenie okostnej, ropień podokostnowy, ropień powieki, ropowica oczodołu, zapalenie woreczka łzowego, porażenie nerwu III (okoruchowego) i zapalenie nerwu pozagałkowe (neuritis retrobulbaris). Autorzy omawiają poszczególne typy powikłań. Rokowanie powikłań jest niepewne. Autorzy stracili na 12 przypadków dwa: 1) ropień mózgu podwójny i 2) otorbione zapalenie opon. Wywiązały się tutaj powikłania z zatoki czołowej i z sitówek.

Niekiedy objawy powikłania towarzyszą zwykłemu obrzękowi i przekrwieniu. Trudno jednak stan ten na pewno odróżnić od głęboko usadowionych ropni. W wątpliwych przypadkach należy operować. Jak z zestawienia widać, najczęstsze są powikłania oczodołowe. Tu należy otworzyć zbiornik ropny oczodołowy, a równocześnie zoperować zatokę, względnie komórki. W razie schorzenia zatoki szczękowej niemal zawsze biorą udział w schorzeniu także sitówki. Wiele cennych wskazówek chirurgicznych nie mieści się w ramach referatu.

A. Schwarzbart.

CHOROBY OCZU.

Oftalmologia w 1937 roku (ciąg dalszy). G. C o u s i n.

Paris Medicale 1937, Nr 36.

S c h e f f — W e i l h e m i e r (Annales d'oculistique, fevrier 1937) w pracy swej precyzuje m i e j s c a p r z e d a r ć s i a t k ó w k i.

U krótkowidza średniego wieku z odwarstwieniem siatkówki przedarcie jej spotykamy w górnej połowie w pobliżu południka pionowego.

W powyższej grupie najczęściej spotykamy przedarcie płatowate kształtu różnorodnego, umiejscowione najczęściej pomiędzy ora serrata (rąbkiem zębatym) i równikiem gałki.

W odwarstwieniach siatkówki osobników starszych wiekiem i nie krótkowzrocznych, otwór w odwarstwionej siatkówce spotykamy najczęściej dokoła i na poziomie południka poziomego w części skroniowej siatkówki, tzn. dla oka prawego pomiędzy godzinami 8 a 10.

U osobników młodych wiekiem i obarczonych wysoką krótkowzrocznością początkowe upośledzenie wzroku najczęściej spotykamy od górnej nosowej strony. Jest ono najczęściej spowodowane przez odwarstwienie siatkówki w okolicy rąbka zębatego w dolno skroniowym kwadrancie.

Przydatki gałki.

V o i s i n (Annales d'ophtalmologie, mai 1937) uważa, że odmiany s k u r c z u p o w i e k i g ó r n e j są dwóch rodzajów.

Do I grupy należą przypadki, w których średnica szpary powiek jest stale powiększona.

Do II grupy zalicza przypadki, w których badanie ruchów powieki i gałki wykazuje dwie następujące odmiany: bądź nieruchomość powieki jest związana z nieruchomością gałki, bądź też opadnięcie powieki jest opóźnione w stosunku do ruchu gałki.

Mamy tu do czynienia z objawami S t e l l w a g a i G r a e f e g o.

Skurcz powieki górnej odnosi się raczej do I grupy.

Rozpatrywany pod tym kątem skurcz powyższy

jest zjawiskiem stałym, stwierdzonym w czasie badania bez specjalnych manewrów i po odrzuceniu możliwości ściągnięcia powieki blizną, lub porażenia obwodowego nerwu twarzowego.

U pacjentów z wytrzeszczem, u których był stwierdzony skurcz powieki górnej, objaw Stellwaga był uważany przez długi przeciąg czasu za patognomiczny dla choroby Basedowa, jakkolwiek jego częstość we wspomnianej chorobie jest znacznie rzadsza, niż przypuszczano pierwotnie. Wiadomo, że stan nadczynności tarczycy winien spowodować powiększenie przemiany podstawowej.

Jednakże u chorych, u których spotykamy objaw Stellwaga, przemiana podstawowa nie jest powiększona, czasami zaś zmniejszona. Intensywność skurczu powieki górnej jest bardzo zmienna w czasie swego trwania. Są wypadki, kiedy zamknięcie powiek w czasie snu jest w znacznym stopniu utrudnione.

Każde przypadkowe lub zapalne podrażnienie szyjnego odcinka nerwu współczulnego sprowadza u człowieka mniej lub więcej zaznaczony skurcz powieki górnej.

Skurcz powiek można napotkać w czasie schorzeń zębów, mózgu, w zespole Parinaud, w nowotworach mózgu, w zespole nadciśnienia pochodzenia oponowego lub przy wodogłowiu.

Kiła dość często powoduje skurcz powieki górnej, najczęściej wskutek sprawy zapalno-tętniczej w mózgu lub zajęcia aparatu oko-ruchowego.

Należy zaznaczyć, że skurcz powiek spotyka się wyjątkowo w czasie ustępowania porażeń nerwu okoruchowego.

Na koniec istnieją przypadki, które jest trudno podciągnąć pod określoną etiologię.

Zespoły oczne.

Według Vellera (Archives d'ophtalmologie, août 1936) rozpoznanie schorzeń okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych i siodełka tureckiego zawiera następujące główne elementy:

a) Dwuskroniowe niedowidzenie połowicze (hemianopsia bitemporalis) z jego najróżnorodniejszymi odmianami, zupełne lub niezupełne, czasami jednostronne, ograniczające się niekiedy do połowiczego niedowidzenia barw.
b) Zaburzenia ostrości wzroku w związku z zajęciem nerwu wzrokowego.
c) Mało charakterystyczne zaburzenia ze strony źrenic.
d) Różnorodne zaburzenia ruchowe i czuciowe oczu.
e) Zaburzenia związane ze zmianami okolicy lejka i guza popielatego.
f) Zespół objawów pochodzenia przysadkowego oraz zmiany siodełka tureckiego wykryte radiologicznie.

Odnośnie schorzeń okolicy skrzyżowania i siodełka należy je rozdzielić na schorzenia humoralne, zapalne i pourazowe.

Podłożem zmian humoralnych bywają 1) guzy wewnątrzsiodełkowe, 2) pozasiodełkowe i podsiodełkowe, oraz 3) guzy ponadsiodełkowe.

Z pomiędzy guzów wewnątrzsiodełkowych należy wyszczególnić przede wszystkim gruczolaki.

a) Gruczolaki barwikoodporne należą do jednych z najczęściej spotykanych i charakteryzują się typowym niedowidzeniem połowiczym dwuskroniowym, zanikiem nerwu wzrokowego (rzadko będącym wynikiem tarczy zastoinowej), wczesnymi objawami niedomogi przysadkowej, powiększeniem siodełka tureckiego.

W początkach swego istnienia są wrażliwe na promienie Roentgena. Z chwilą przekształcenia się ich w cysty, niezbędny jest zabieg operacyjny.

b) Gruczolaki kwasochłonne przebiegają zawsze z dwuskroniowym połowiczym niedowidzeniem, niekiedy z tarczą zastoinową.

Zanik nerwu wzrokowego zaczyna się wcześnie. U dorosłych stwierdzimy zespół akromegaliczny, u dzieci gigantyzm pochodzenia przysadkowego, u jednych i drugich powiększenie siodełka tureckiego oraz przerost niektórych części kości klinowej. Radioterapia daje tu trwałe wyleczenie, wyjąwszy przypadki zapuszczone, które należy operować.

c) Gruczolaki zasadochłonne są zespołem o mało uwidaczniającym się rozwoju, objawy oczne są minimalne, zespół tłuszczowo-płciowy występuje z różnorodnymi odmianami. Jako leczenie z reguły radioterapia.

Do guzów wewnątrzsiodełkowych wrodzonych należą również guzy kieszonki Rathkego, spotykane u dzieci. Mogą one jednak bez większych objawów rozwijać się aż do wieku dorosłego chorego osobnika. Znajdziemy wówczas: dwuskroniowe niedowidzenie połowicze z wybitnie zaznaczoną tarczą zastoinową i następnym szybkim zanikiem nerwu wzrokowego (czasami spotykane jednostronnie). Często zdarzają się wczesne objawy niedomogi przysadkowej. W obrazie rentgenowskim stwierdzimy wówczas spłaszczenie siodełka tureckiego, ubytki jego powierzchni, zniknięcie tylnych wyrostków klinowych, na koniec rozsiane zwapnienie.

Jako leczenie — jedynie zabieg chirurgiczny.

S. Topolski.

GINEKOLOGIA.

Opotérapie maciczno-jajnikowe w leczeniu zaburzeń operacyjnego wytrzebienia (Opothérapie utéro-ovarienne àssociée dans le traitement des troubles de la ménopause chirurgicale) Regad J. G.

Gynéc. et Obstétr. T. 35, str. 442, 1937.

Autor porusza sprawę wpływu macicy na anatomię oraz czynności jajnika i wypowiada się za poglądem uznającym wpływ hormonalny macicy na jajnik jako istotną przyczynę zaburzeń, występujących po usunięciu macicy w czynności jajnika.

Związek ten uwidacznia się przez wyraźnie mniejsze objawy wypadowe po pozostawieniu macicy (choćby jej części), niż po usunięciu macicy.

Wychodząc z powyższego założenia, autor stosował u 3 chorych podskórnie wyciągi z macicy wraz z wyciągami z jajników, uzyskując znacznie lepsze wyniki.

Dziesięć lat reakcji hormonalnej ciążowej. Aschheim S.

Paris médical Nr. 46/1937.

Minęło dziesięć lat od chwili, gdy autor na zjeździe ginekologów niemieckich przedstawił swoje badania nad hormonami, zawartymi w moczu ciężarnych: hormonem rujowym i hormonem gonadotropowym, podobnym do hormonu przedniego płatu przysadki.

Autor podaje rys historyczny badań nad hormonami rujowym i gonadotropowym, prowadzonych przez innych autorów, następnie szczegółowiej omawia prace Zondeka i Aschheima. Jako kryterium dla obecności hormonu gonadotroponowego, przysadkowego podali oni 3 reakcje:

I. dojrzewanie pęcherzyków Grafa i jednoczesna ruja,
II. ciałka krwotoczne,
III. ciałka żółte.

Reakcja I może być wywołana przez wstrzyknięcie moczu pochodzącego od kobiet w kilka dni po poronieniu, obumarciu płodu i w niektórych przypadkach ciąży pozamacicznej, reakcja II i III tylko w razie istnienia żywej ciąży, najwcześniej pięć dni od daty niezjawiającej się miesiączki.

Autorzy na 2000 badań mieli 1,1% zawodu. Reakcja jest dodatnia przez cały czas trwania ciąży i staje się ujemna w 5 — 8 dni po porodzie, a w 8 — 12 dni po poronieniu.

W rozpoznaniu ciąży pozamacicznej próba nie ma znaczenia, gdyż dla kliniki tak samo ważna jest ciąża pozamaciczna martwa, jak i żywa, próba A - Z zaś wykazuje tylko obecność ciąży w razie żywego kontaktu kosmków z podłożem.

Natomiast w rozpoznaniu zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmówkowego reakcja A - Z ma ogromne znaczenie. Wypada ona dodatnio w dużych rozcieńczeniach i utrzymuje się przez kilka tygodni. Jeżeli po okresie, w którym nie wykrywano już hormonu gonadotropowego w moczu, zjawia się on znowu, należy przyjąć istnienie nabłoniaka kosmówkowego.

Zdaniem autora nabłoniak kosmówkowy nie może istnieć bez dodatniej reakcji A - Z. Jest ona czynnikiem rozpoznawczym ważniejszym, niż badanie histologiczne.

Na zakończenie wspomina autor o modyfikacjach metody: Friedmana, który wykonuje próbę ciążową na królicach i Brouha-Simmonet-Hinglais, używających samców, u których hormon gonadotropowy wywołuje wzrost pęcherzyków nasiennych i sterczu.

Dolegliwości poza miednicą w schorzeniach ginekologicznych (Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques). M. Amédée Laffont.

Le Progrès Médical Nr. 34—35, Aout. 1937.

Bóle poza obrębem miednicy w schorzeniach ginekologicznych mogą być dwojakie, a więc powierzchowne, skórne, odpowiadające t. zw. zonom Heada i głębokie, dotyczące trzew jamy brzusznej i narządów klatki piersiowej. Jeśli chodzi o te drugie, to autor wymienia przede wszystkim t. zw. dyspepsję maciczną, dającą bóle tak silne jak crises gastriques, zjawiającą się często przed lub w czasie periodu, a występującą przy tyłozgięciu macicy, mięśniakach, schorzeniu jajników t. zw. ovarite sclero - kystique i przy pelveo - peritonitis. Dalej autor wymienia nerwicę przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego. Częstym również według autora objawem przy menstruacji jest przyśpieszenie akcji serca z rytmem t. zw. cwałowym, a także migreny zwane nawet migrenami menstruacyjnymi. Migreny związane są również często ze schorzeniami macicy i przydatków. W zakresie oka podaje autor zapalenie twardówki, podkreśla również pewne powinowactwo narządu rodnego ze śluzówką nosa, która często podczas menstruacji ulega obrzękowi i jest

bolesna. Co do bóli powierzchownych w schorzeniach ginekologicznych, to umiejscowienie ich jest b. różnorodne, przeważnie jednak bolesność ogranicza się do pewnych punktów, ściśle ograniczonych. Najważniejszym jest t. zw. ból łopatkowy, występujący w ciąży pozamacicznej, przy pęknięciu trąbki, w ropniakach jajowodów, w ropniach jajników, przy podwiązaniu operacyjnym jajowodów a także zanotowany kilkakrotnie przez autora przy ciąży w macicy tyłozgiętej lub poprostu we wczesnej ciąży. Co do umiejscowienia tych bóli powierzchownych, to najczęściej występują one w okolicy międzyłopatkowej, dalej w okolicy pozamatkowej, w okolicy gruczołu mlecznego, m. deltoideus i nadbrzuszu. Bóle te występują w kilka godzin lub dni po wystąpieniu dolegliwości w miednicy. Bóle częstokroć są skrzyżowane, t. zn. nie odpowiadają stronie schorzałej i towarzyszy im często przeczulica skóry lub częściowa pareza. Leczenie miejscowe tych bóli radzi autor przeprowadzać wstrzykiwaniami doskórnymi 0,5% roztworu nowokainy w okolicę początku nerwu, odpowiadającego schorzałemu narządowi. Zastanawiając się nad patogenezą tych bóli autor twierdzi, że powstają one wskutek podrażnienia nerwu przeponowego bądź też idą drogą łuku odruchowego.

T. Zawodziński.

FYTOTERAPIA.

Balsam tolutański (Le Baume de Tolu) Prof. dr H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr 11/1938.

Pierwsze wspomnienie o balsamie tolutańskim znajdujemy u Mikołaja Monardesa, lekarza z Sewilli, który już w roku 1574 wskazuje na liczne korzyści, które osiągnąć może medycyna i chirurgia, posiłkując się tym lekiem, pochodzącym z Indii Zachodnich. Chirurdzy powinni — zdaniem Monardesa — leczyć nim wszelkie rany, gdyż hamuje on ropienia, przyśpiesza gojenie, nie pozostawiając blizn nawet przy najgłębszych ranach szarpanych. Lekarze powinni go podawać (2 — 3 krople w białym winie) przy astmie, bólach głowy, a nawet — przy paraliżach.

Później, ilość wskazań jeszcze wzrosła: balsam ten był zalecany gorąco przy trzeciaczkach i czwartaczkach, dla wzmocnienia żołądka, osłabienia bólów, wzmożenia łaknienia. Chociaż potomność nie potwierdziła tych zalet, był czas, kiedy najznakomitsi lekarze (Morton, Hoffmann) uznawali balsam tolutański za specyfik przy gruźlicy płucnej.

Lek, na cześć którego głoszono takie pochwały, jest to żywica drzew południowo-amerykańskich: Myroxylon Toluifera i Myroxylon balsamum W., zaraz po otrzymaniu jasno-żółta o konsystencji płynnej, bardzo rzadkiej; po dłuższym przechowywaniu: półpłynna czerwonawo-brunatna; twarda i łamliwa — po wyschnięciu. Miły jej zapach przypomina wanilię i żywicę będźwinową razem.

Oberländer w roku 1894 dokonał rozbioru chemicznego balsamu tolutańskiego i ustalił, że zawiera on:

7,5% płynnego oleistego eteru benzylobędźwinowego,
ślady eteru benzylocynamonowego,
0,05% vanilliny,
12 — 15% wolnych kwasów cynamonowego i będźwinowego,
80% żywicy, która — po zmydleniu — daje produkt swoisty: „toluresotannol" (kwas żywiczno-garbnikowy). Apteczny balsam tolutański otrzymuje się obecnie przez wyługowywanie wodą na gorąco suchych drobnorozdrobnionych mas żywicznych. Metoda ta ma jeden poważny brak: woda prawie nie rozpuszcza substancyj czynnych żywicznych; żeby wykorzystać więc je w całej pełni, należy przepisywać nieoczyszczoną suchą żywicę w dawkach od 0,3 do 1,0 grama.

Jest to lek bezwzględnie przydatny przy cierpieniach oskrzelowych, zwłaszcza przy sprawach nieżytowych. W procesach gruźliczych nie daje on wyników tak pięknych, o jakich pisali starzy lekarze; jednak może być bardzo pożyteczny, gdyż uspakaja kaszel, zwalcza zastój oskrzelowy i rozwój choroby (Trousseau) [1]).

Jako lek balsamiczny, balsam ten jest bardzo przydatny przy cierpieniach przewlekłych dróg moczowych: prof. dr Leclerc zaleca go stale z powodzeniem w dawce 2 gramów na dobę przy bakteriomoczu, zapaleniach nerek i miedniczek, oraz pęcherza. Balsam tolutański działa bakteriobójczo i uspokajająco, nigdy nie drażniąc przewodu pokarmowego.

O niektórych roślinach wargowych. (Sur quelques Labiées). J. Balansard.

Extrait du Bulletin des Sciences Pharmacologiques. T. XLIV/1937, p. 148.

Autor postawił sobie za zadanie stwierdzenie, czy grupa roślin wargowych, tak stałych pod względem cech botanicznych zewnętrznych, jest również stała pod względem zawartości składników wewnętrznych: chemicznych.

Uprzednio już, badając wszechstronnie mierznicę cuchnącą (Ballota foetida Lam.). Balansard stwierdził w niej znaczną zawartość choliny i obojętną saponinę, zadał więc sobie pytanie, czy w innych wargowych niema jeszcze podobnych substancyj czynnych.

Jako surowiec wyjściowy wzięto rośliny lecznicze wargowe, znajdujące się w sprzedaży, z których wyodrębniano glukozydy i saponiny, choliny, olejki eteryczne i sole mineralne.

Poddano drobiazgowemu zbadaniu 28 roślin wargowych (autor obszernie podaje metody badania) i znaleziono we wszystkich: znaczne ilości choliny, jeden olejek eteryczny,

[1]) W pracy o farmacji amerykańskiej J. Reizina, stypendysty Rządu Francuskiego, zamieszczonej w Nr. 1/1938 pisma „Bulletin des Sciences Pharmacologiques", autor ten podaje, że w Ameryce syrop z balsamem tolutańskim („Sirop de tolu") cieszy się dotąd w cierpieniach organów oddechowych ogromną popularnością (Przyp. Ref.).

przewagę azotanu potasu nad innymi solami mineralnymi oraz stosunkowo dużo glukozydów i saponin.

Ze względu na znaczenie fizjologiczne dla ustroju ludzkiego tej ostatniej grupy składników, zawartych w roślinach, szeroko używanych przez medycynę ludową, podajemy za autorem dokładny ilościowy ich wykaz:

w roślinie:	glukozydów pro mille	Saponin kwaśnych pro mille
Dąbrówka rozłogowa (Ajuga reptans)	0.40 g	1.70 g
Mierznica cuchnąca (Ballota foetida)	1.10 g	2.10 g
Bukwica zwyczajna (Betonica officinalis)	1.10 g	1.20 g
Głowienka pospolita (Brunella vulgaris)	0.70 g	1.10 g
Jasnota biała (Lamium album)	0.50 g	1.40 g
* Lawenda prawdziwa (Lavandula spica. Lavandula vera)	0.70 g	1.00 g
* Kocanka arabska (Lavandula stoechas)	0.40 g	1.40 g
Serdecznik pospolity)	1.20 g	0 90 g
(Leonurus cardiaca)	1.70 g	2.10 g
Szanta zwyczajna (Marrubium vulgare)	1.2C g	1 80 g
Melisa lekarska (Melissa officinalis)	0.40 g	0.90 g
Mięta nadwodna (Mentha aquatica)	0.60 g	1.80 g
* Mięta kędzierzawa (Mentha crispa)	0.50 g	1,70 g
Mięta polej (Mentha pulegium)	0.80 g	1.40 g
Mięta długolistna (Mentha silvestris)	0.70 g	1.50 g
* Balsam polny zwyczaj. (Ocimum basilicum)	0.60 g	1.30 g
Lebiodka pospolita (Origanum vulgare)	0.50 g	1.20 g
* Rozmaryn leczniczy (Rosmarinus officinalis)	0.40 g	1.50 g
* Szałwia lecznicza (Salvia officinalis)	0.60 g	1.00 g
Szałwia łąkowa (Salvia pratensis)	0.50 h	2.10 g
* Szałwia zwiesinosek (Salvia sclarea)	0.50 g	1.40 g
Ożanka właściwa (Teucrium chamaedrys)	3.40 g	1.90 g
* Ożanka żółta (Teucrium flavum)	3.20 g	2.10 g
* Ożanka rozłożysta (Teucrium fruticans)	2.10 g	2.30 g
* Ożanka nadmorska (Teucrium marum)	1.30 g	2.60 g
Ożanka czosnkowa (Teucrium scordium)	0.70 g	2.20 g
Macierzanka piaskowa (Thymus serphyllum)	0.60 g	0.90 g
Tymianek pospolity (Thymus vulgaris)	1.80 g	1.00 g

U w a g a: Znakiem * oznaczone są rośliny, nie rosnące dziko w Polsce.

Kolendra siewna: Cordiandrum sativum L. (La coriandre). Prof. dr. H. L e c l e r c.

La Presse Médicale Nr. 5 1938 p. 88.

Kolendra siewna, u starożytnych synów Eskulapa cieszyła się oryginalną opinią: D i o s c o r i d e s i S z y m o n S e t h i, zalecali ją gorąco — pierwszy przeciwko róży, „czarnej krości" i skrofułom; drugi dla wzmacniania żołądka i ułatwienia trawienia, — obaj jednak wymownie przestrzegali przeciwko nadmiernemu jej stosowaniu, jako że — zdaniem ich — środek ten wywołuje „podniecenia mózgowe", które mogą doprowadzić chorego — do niemoty, a w gorszym razie — do obłędu.

Badania, podjęte w roku 1890 przez drów C a d e a c i M e r m i e r, ustaliły, że — w pewnym stopniu — mniemania te starożytne nie są całkowicie bezpodstawne. Wspomniani autorowie francuscy zaobserwowali, że działanie na ustrój ludzki olejku kolendra siewnego, jest nader zbliżone do działania alkoholu etylowego: w małych dozach początkowo podnieca on, a następnie prowadzi do stanu przygnębienia; w większych natomiast ilościach wywołuje burzliwe upojenie z zanikiem sił, drgawkami i sennością.

Dawka trująca olejku kolendry nie wywołuje skurczu i drgawek, lecz znaczny bezwład mięśniowy i anestezję prawie całkowitą. U ludzi jednak ta dawka trująca, przy wprowadzeniu doustnym, jest dość wysoka: jeden z badaczy po zażyciu naczczo 45 kropli olejku (co odpowiada 125 gramom nasion), nie odczuł żadnych przykrych skutków po za lekkim podnieceniem, które po 12 godzinach znikło, nie pozostawiając żadnych śladów, ani drżenia kończyn, ani senności.

Można zatem — bez najmniejszych obaw — podawać chorym napar z 10 — 20 gramów nasion na jeden litr wody, jako środek przeciwko wzdęciom, pobudzający działalność dróg trawiennych.

W wypadkach, kiedy lekarz pragnął by wykorzystać błogostan (euforię), który sprowadzić może kolendra, należy dać pierwszeństwo sproszkowanym nasionom kolendry lub — lepiej jeszcze — podawać ją w postaci olejku: pierwsze daje się w dawkach po 2 — 5 gramów, drugi — w ilości V — XX kropli na cukrze, lub wg formuły:

olejku kolendrowego 50 kropli,
cukru mlecznego,
cukru trzcinowego ana. 25 gramów.

Środek ten wypróbował prof. dr Leclerc w stanach gorączkowych adynamicznych (dur brzuszny, stany pogrypowe, zakażenia pałeczką okrężnicy itp.), oraz we wszystkich tych przypadkach, gdzie — przy braku zmian organicznych w sercu — chorzy czują się źle, mają puls słaby, trudność w kojarzeniu myśli i są wręcz niezdolni do jakiejkolwiek pracy fizycznej lub umysłowej.

Wład. Biernacki

KOMUNIKATY

VIII. KURS ODMY SZTUCZNEJ.

W okresie od dnia 10 marca do dn. 6 kwietnia 1938 r. odbędzie się 4-ro tygodniowy kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P.

Program kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 32 godziny wykładów teoretycznych: rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, ponadto zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych, oraz technika zakładania odmy.

Kurs jest bezpłatny. Podania na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 28 lutego r. b. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendium w wysokości do 200 zł.

Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendium będą mieli lekarze już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

POLSKIE WODY HIPOTONICZNE.

Na wiosennym posiedzeniu Sekcji Uzdrowiskowej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia prof. dr. Pelczar z Wilna wygłosi referat o polskich wodach hipotonicznych.

„Wody hipotoniczne" są działem szczaw wapniowo żelazistych o bardzo słabej mineralizacji („zasoleniu" w pojęciu ogólnym), a więc są silnie hipotoniczne. Sole wapniowe i magnesowe oraz ślady soli innych zawierają się w nich w ilości ogólnej poniżej 1 g na 1 litr. Dzięki temu są one w działaniu silnie moczopędne i obniżają nadciśnienie tętnicze. Wody hipotoniczne sprzyjają wydzielaniu z ustroju kwasu moczowego, chlorków i t. d. Wody te znajdują się w Iwoniczu (Zdrój Adolfa), Krynicy (Zdrój Jana), Morszynie (Zdrój Matki Boskiej), Nałęczowie, Truskawcu (Zosia i Naftusia I i II). Naftusia I i II zawiera siarkowane węglowodory lotne.

Ponadto wody te występują w Ciechocinku (Krystynka), w Szkle (Zdroje Główny i Alkaliczny) oraz w Szczawnicy (źródła Jana, Szymona i Wandy).

KURS MEDYCYNY SPOŁECZNEJ.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie urządza z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w czasie od 14 marca do 14 kwietnia 1938 Kurs z zakresu Medycyny społecznej.

Zadaniem kursu jest przygotowanie lekarzy do pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych przez pogłębienie ich wykształcenia wiadomościami z zakresu medycyny społecznej i higieny pracy. Prócz wykładów teoretycznych Kurs będzie obejmował ćwiczenia praktyczne, seminarium, zwiedzanie zakładów pracy, kopalń, sanatoriów itp.

W kursie mogą wziąć udział w pierwszym rzędzie lekarze odbywający roczną praktykę szpitalną, lekarze pracujący w klinikach uniwersyteckich i szpitalach krakowskich, oraz lekarze zajęci w instytucjach ubezpieczeń społecznych, a w razie wolnych miejsc również absolwenci medycyny.

Podania o przyjęcie na kurs należy składać na ręce Kierownika Kursu Prof. dra Jana Olbrychta w Krakowie ul. Grzegórzecka 16 do dnia 10 marca 1938. Do podania należy dołączyć kopię dyplomu oraz ewent. świadectwa dotychczasowej pracy. Absolwenci medycyny winni dołączyć do podania zaświadczenie Dziekanatu.

Miejsce i termin otwarcia Kursu będą podane osobno.

Kurs jest bezpłatny!

RECENZJE

„BIBLIOTEKA LEKARSKA".

Wzorem zagranicy, od stycznia r. b. zaczął wychodzić pod tą nazwą miesięcznik, mający na celu udostępnienie światu lekarskiemu w tłomaczeniach na język polski dzieł lekarskich, wydawanych ostatnio w językach obcych. W każdym zeszycie (objętości ok. 200 stron) zjawiać się ma odrazu kilka arkuszy sześciu — siedmiu dzieł, które — w ciągu roku — będą całkowicie ukończone.

Zeszyt, który się ukazał, zawiera pierwsze arkusze dzieł następujących: Bach Francis — „Schorzenia gośćcowe", Bray — „Allergia i choroby allergiczne", Leffkowitz — „Opadanie krwinek", Lepski — „Leczenie fizykalne", Ortner — „Bóle brzucha i ich rozpoznanie różnicowe", Roch — „Nadciśnienie" i Stoepp-Kühnau-Schroeder — „Witaminy".

Szata zewnętrzna zeszytu bez zarzutu, papier dobry, druk wyraźny.

O ile wydawnictwo skrupulatnie dbać będzie o to, aby język i styl tłomaczeń były zawsze nienaganne i stały na poziomie treści oryginałów okazać ono może znaczne usługi.

*

„Nowoczesna Encyklopedia Zdrowia".

W dniach ostatnich pojawił się na rynku księgarskim tom 1. tej Encyklopedii, wydawanej pod redakcją Dra med. Adolfa Rząśnickiego. Całość ma być zakończona w 4 tomach, obejmując w t. 1 zarys anatomii i fizjologii, w 2. i 3. szkic patologii chorób z ogólnymi zasadami terapii, w 4. — wskazówki, dotyczące pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Jak z naciskiem zaznacza w przedmowie Redakcja, zamiarem wydawnictwa jest wytworzenie u czytelników jasnego i rzeczowego poglądu na sprawy zdrowia i choroby.

Wykaz współpracowników zawiera nazwiska profesorów: dr Jana Dembowskiego (Wilno), dr Władysława Jakowickiego (Wilno), dr Jana Lubienieckiego (Poznań), dr Wł. Henryka Melanowskiego (Warszawa), dr Zygmunta Szymanowskiego (Warszawa), dr Leona Wachholca (Kraków); docentów: dr Henryka Brokmana (W-wa), dr Antoniego Dmochowskiego (Warszawa), dr Bronisława Stępowskiego (Kraków), dr Gustawa Szulca (W-wa), dr Bronisława Szerszyńskiego (W-wa), b. ministra dr Czesława Wroczyńskiego i cały jeszcze szereg lekarzy powszechnie znanych, doświadczonych badaczy i klinicystów.

Wydanie piękne; najlepszy papier ilustracyjny, dobre ilustracje, trwała i ozdobna oprawa. Cena (zł 25.— za całość) — dostępna.

*

Chemia fizjologiczna pod red. prof. dra J. K. Parnasa. T. 1. Str. XCIII + 575; t. 2. Str. XXVIII + 682.

Ruchliwa Warszawska Agencja Wydawnicza „Delta", uprzystępniając to piękne dzieło szerokim rzeszom lekarzy i studentów medycyny, dobrze się zasłużyła nauce polskiej.

Brak podręcznika chemii biologicznej dawno już dawał się przykro odczuwać wszystkim, którzy doceniają znaczenie tego działu wiedzy, rozwijającego się ostatnio tak nieprawdopodobnie szybko.

Część 1. Chemii Fizjologicznej prof. dra J. Parnasa, wydana w roku 1922 wspólnym nakładem Wendy i Altenberga pozostała niezakończona; nie obejmowała zatem nie tylko ostatnich zdobyczy chemicznych ale i całego — dużego — odłamu podstawowych wiadomości. Zasługą więc ogromną prof. dr Parnasa było powołanie do współpracy wszystkich (tak nielicznych jeszcze) polskich chemików-biologów, którzy viribus unitis stworzyli omawiane dzieło.

Tom 1. poza wstępem fizyko-chemicznym samego redaktora, tak zasłużonego badacza i nauczyciela, zawiera: cukrowce pióra J. Parnasa, tłuszczowce — P. Osterna, sterole, kwasy żółciowe i hormony płciowe — B. Skarzyńskiego, karotenoidy, melaniny i barwiki pirolowe — T. Manna, białka — St. Przyłęckiego, kwasy nukleinowe — A. Dmochowskiego przemianę purynową — J. Parnasa, składniki mineralne ustroju — M. Laskowskiego.

Tom 2 uwzględnia enzymy (E. Sym), krew i imnunochemię J. Heller), mocz (Wł. Mozołowski), hormony i witaminy (B. Skarzyński), chemię mięśni (P. Ostern), wątrobę (T. Baranowski), biochemię produktów płciowych (W. Nowiński), tkankę łączną i skórę (J. Parnas), chemię gałki ocznej (J. Reiss), fizjologię przemiany i odżywiania (W. Mozołowski), mleko (C. Mann), fermentacje (T. Chrząszcz, profesor z Wydz. Rolniczego U. P.).

Na specjalną uwagę zasługują rozdziały samego prof. dra Parnasa: przemiana pośrednia i tkankowa, wymiana oddechowa i odżywianie, oraz krótki artykuł angielskiego badacza Erica Holmesa o chemizmie układu nerwowego.

Wydanie miało by same walory, gdyby nie przeoczenia korektorskie, które w sumie dały prawie 11 stron „errat". Nie umniejszają one zalet dzieła, lecz są niepotrzebnymi „plamami — na słońcu". W następnym wydaniu i ta usterka, powinna zniknąć bez śladu.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*

Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".

Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

			1/1 str.	1/2 str.	1/4 str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.